Ueber das

Cavum Retzii und die sogenannten prävesicalen Abscesse.

Inaugural-Dissertation

verfasst

und der hohen medicinischen Facultät

der

Universität Würzburg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Josef Friedrich Leusser

aus Würzburg.

Referent: Hofrath Professor Dr. **Maas.**

Berlin 1885.

Gedruckt bei L. Schumacher.

Separat-Abdruck aus v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXII.

Seinem verehrten Pathen,

Herrn Hofrath Josef Ross

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549820_0181

Seitdem von dem schwedischen Anatomen Retzius das Cavum praeperitoneale, oder wie es die Franzosen besser nannten, praevesicale, entdeckt und beschrieben worden war, gab man allen Abscessen, die in der vorderen Bauchwand zwischen Symphyse und Nabel sich entwickelten oder per rectum oder vaginam vor oder über der Blase liegend gefühlt wurden und so hinsichtlich ihrer Lage dem genannten Cavum entsprachen, den gemeinsamen Namen prävesicale Abscesse des Cavum Retzii, ohne sich zu fragen, ob überhaupt dabei die vordere Fläche der Blase immer in Betracht komme, und dadurch genannter Name für jeden dieser Abscesse auch gerechtfertigt erscheine. Man ging, wie französische Autoren berichten, sogar so weit, dass man selbst intramusculäre, d. i. in den geraden Bauchmuskeln gelegene Abscesse mit diesem Namen benannte. Es ist selbstverständlich, dass dadurch eine arge Verwirrung, Ungenauigkeit und Dunkelheit in der Literatur hervorgerufen wurde, und das habe ich manchmal bei der Durchlesung der mir zu Gebote stehenden Berichte empfinden müssen.

Während sowohl die Engländer, wie die Italiener und Franzosen und ganz besonders letztere in den verflossenen zehn Jahren sich eingehender mit dem Studium und der Beobachtung der sogenannten prävesicalen Abscesse beschäftigten, fand ich in der deutschen Literatur nur einige Bemerkungen hierüber, so in Virchow's Archiv. Bd. XXIV. eine kurze Mittheilung über Abscesse im Cavum Retzii von dem Petersburger Professor Wenzel Gruber.

Es musste deshalb ein im November vorigen Jahres in der Klinik des Herrn Prof. Maas zu Würzburg zur Beobachtung und Besprechung gekommener Fall um so grösseres Interesse wachrufen, als bis dahin noch diese Affection in den deutschen Kliniken so unbekannt oder wenigstens so unbeachtet und unerwähnt geblieben ist.

Anschliessend an diesen Fall beehrte mich dieser mein verehrter Lehrer mit der Aufgabe einer genaueren Untersuchung und Bearbeitung obengenannter Affectionen; hierfür sowohl, als auch für die mir im Verlaufe meiner darauf bezüglichen Studien freundlichst ertheilten Rathschläge und Belehrungen bringe ich hiermit meinem verehrten Lehrer den tiefgefühltesten Dank dar.

Wenn es mir vergönnt war, meinen klinischen Erörterungen anatomische Studien vorausgehen zu lassen, und so eine anatomische Grundlage für meine spätere klinische Eintheilung zu gewinnen, so verdanke ich dies meinem verehrten Lehrer Professor Philipp Stöhr, der mir in gewohnter zuvorkommendster Weise das nöthige Material zur Verfügung stellte und mir im Vereine mit Herrn Prosector Decker in meinen Untersuchungen mit Rath und That zur Seite stand.

Es waren 10 Leichen, 5 männliche und 5 weibliche, an denen ich meine Untersuchungen bezüglich des Cavum Retzii vornahm, und hübsch illustrirt durch den in der Würzburger Klinik beobachteten Fall, sowie manchen in der französischen Literatur gefundenen, zwingen mich diese Untersuchungen in Uebereinstimmung mit Pauzat*), eine genaue Sonderung der bis jetzt unter dem Namen prävesicale Abscesse beschriebenen Affectionen vorzunehmen und die unterscheidenden Merkmale in Bezug auf anatomische Lage, Symptome, Diagnose und Therapie zu besprechen.

---

*) Pauzat, Contribution à l'étude de la région prévésicale et des phlegmons, dont elle est le siége. Gazette médicale. 1880. No. 35, 38, 39, 42, 44, 47 und 1883. No. 36.

Anatomie des prävesicalen Raumes.

Wenn man die Bauchhaut mit dem zugehörigen subcutanen Fettgewebe abpräparirt, die Aponeurose der Mm. obliqui und des Transversus, die bekanntlich die vordere Scheide der geraden Bauchmuskeln bilden, von letzteren durch zwei verticale Incisionen, welche die Linea alba zwischen sich fassen, abhebt und nun die geraden Bauchmuskeln, die man in der Höhe des Nabels quer durchschnitten, vorsichtig über das Schambein zurückschlägt, so entfalten sich vor unseren Augen anatomische Verhältnisse, die schon lange der Gegenstand zahlreicher Beschreibungen und noch zahlreicherer Meinungsverschiedenheiten und Discussionen geworden sind.

A. Cooper und Hesselbach fanden im Jahre 1806 an dieser Stelle, über dem Peritoneum und hinter den geraden Bauchmuskeln, eine zellgewebige, mehr oder weniger dicke Lamelle, die sie in ihren Demonstrationen Fascia transversa nannten.

J. Cloquet*) lässt diese Fascie innen vom äusseren Rande der Sehne des Rectus ausgehen, und zwar in der Weise, dass letztere immer dünner wird, um zuletzt mit ersterer zu verschmelzen.

Auch Velpeau (1759—1867) beschrieb eine Fascia transversa im Sinne Cooper's, die sich an die Symphyse ansetze und nicht zum Becken hinabsteige; zugleich thut er noch einer zweiten, unter dieser Fascia transversa gelegenenen, mehr fibrösen Lamelle Erwähnung, der er den Namen Fascia propria gab.

Ebenso spricht Tillaux**) von einer Fascia transversalis und einer subperitonealen Schicht. Erstere lässt er unmittelbar mit der hinteren Fläche des M. transversus in Beziehung stehen und giebt ihr als innere Begrenzung den äusseren Rand der Sehne des geraden Bauchmuskels, oben und hinten geht sie nach ihm unmerklich in das subperitoneale Zellgewebe über, während sie unten in zwei Insertionen auseinandergeht. Der äussere Theil setzt sich fast rechtwinkelig in die Fascia iliaca fort, während der innere Theil derselben am Lig. Poupartii sich inserirt, um mit der Aponeurose des M. obliquus externus den Canalis inguinalis bilden zu helfen; die subperitoneale Lage aber, die ihm in ihrem unteren Theile als Membran imponirt, identificirt er mit der

*) J. Cloquet, Anatomie de l'homme. 1822. T. II. p. 219.
**) Tillaux, Anatomie topograph. 1884. p. 641.

Fascia propria Velpeau's; in ihr findet er auch die Arteria epigastrica.

Ferner möge hier die Ansicht von Richet*) Berücksichtigung finden. Er unterscheidet eine Fascia transversalis fibreux und eine Fascia transversalis celluleux; erstere geht in ihrer oberen Partie aus verdichtetem, subperitonealem Zellgewebe hervor, verdichtet sich mehr und mehr im Herabsteigen und zeigt am Schenkelbogen deutlich Insertion und Grenzen; sie soll aus Quer- und Längsfasern bestehen, von denen erstere in die Aponeurose des M. iliacus nach aussen und in den äusseren Rand der Sehne des Rectus abdominis nach innen übergehen, letztere aber parallel mit dem Rectus herabsteigend in die Portio Gimbernati des Lig. Poupartii sich verlieren; seine Fascia transversalis celluleux (Fascia propria Velpeau's), die nicht immer nachzuweisen sein soll, steigt in Form einer fettreichen Schicht von der oberen Bauchwand herab, verdichtet sich allmälig und setzt sich, nach einigen Adhäsionen mit dem Lig. Poupartii hinter dem Schambeine in das Becken hinabgleitend, in die Fascia pelvis fort. Richet gesteht selbst zu, dass es schwer sei, für die Fascia transversalis celluleux Grenzen anzugeben.

Es liegt im Interesse vorliegender Arbeit, wenn ich etwas näher auf die Angaben eingehe, die Retzius gelegentlich seiner Untersuchungen der vorderen Bauchwand gemacht hat, und ich wiederhole dieselben, wie sie im Jahre 1858 von Hyrtl der naturwissenschaftlichen Gesellschaft in Wien vorgetragen wurden**):

1) Die Fascia transversa oder endogastrica, welche eine auf der Innenfläche der queren Bauchmuskeln aufliegende zellig-fibröse Schicht bildet, verschmilzt mit dem unteren Rande der hinteren unvollständigen Wand der Scheide der geraden Bauchmuskeln, welche durch die Aponeurosen des queren Bauchmuskels gebildet wird. Diese Verschmelzung entspricht der Linea semicircularis Douglasii.

2) Die Fascia transversa und die Aponeurose des queren Bauchmuskels endigen aber nicht an der Linea semicircularis Douglasii, wie es den Anschein hat, sondern beide schlagen sich,

*) Richet, Anatom. médico-topograph. 1877. p. 767.
**) Sitzungsberichte der kaiserl. Akademie in Wien. II. 1858. S. 259.

zu einem einfachen fibrösen Blatte verschmolzen, sowohl längs dieser Linien, als auch seitwärts derselben nach hinten um und überziehen jenes Stück Peritoneum, welches, von der Linea Douglasii angefangen, herab bis zur Symphyse des Schambeines die hintere Wand der Vagina recti bildet. Die Linea Douglasii ist somit etwas ganz anderes, als ihr Name sagt. Sie ist nicht der scharfe Endrand des hinteren Blattes der Aponeurose des queren Bauchmuskels, also keine Linie, sondern der Rand einer Faltenstellung der hinteren Wand der Scheiden der Recti abdominis.

3) Es entsteht dadurch ein Raum oder eine Höhle im unteren Bezirke der vorderen Bauchwand, welche Retzius Cavum praeperitoneale nennt, und in welche die Blase im ausgedehnten Zustande von unten her eindringt.

4) Jener Theil des fibrösen Blattes, welcher sich von der Linea Douglasii auf das Peritoneum begeben hat, gelangt im Herabsteigen weder an die Schamfuge, noch an das Poupart'sche Band, sondern geht hinter der Blase in die Beckenhöhle hinab, um sich mit der Fascia pelvis zu identificiren.

5) Die Lineae semicirculares Douglasii verlängern sich seitwärts bogenförmig nach unten, verschmelzen mit der Fascia transversa Cooperi, welche dem Fleische dieses Muskels bis in die Nähe des äusseren Randes der Rectusscheide folgt, und setzen sich mit ihrem unteren Ende an dem äusseren Rande der Sehnen der geraden Muskeln fest.

6) Es entseht dadurch ein Ring oder eine von fibrösen Rändern eingesäumte Oeffnung, welche gewissermaassen das Thor zu dem eben erwähnten Cavum praeperitoneale bildet. Ist die volle Blase in dieses Cavum eingedrungen, so steht seine vordere und hintere Wand weit von einander ab. Die vordere Wand wird dann durch die unteren Enden der geraden Bauchmuskeln und das sie bedeckende vordere Blatt ihrer Scheide, die hintere Wand durch das Bauchfell, welches mit der von den Lineis Douglasii aus nach hinten sich umschlagenden Aponeurose überzogen ist, und die Seitenwand von den Lineis Douglasii und deren bogenförmigen Fortsetzungen gebildet.

7) In diesem Cavum findet sich ein Bindegewebe, welches seiner Dehnbarkeit und Nachgiebigkeit wegen dem Steigen und

Sinken des Blasengrundes bei der Füllung und Entleerung dieses Organes kein Hinderniss entgegensetzt.

8) Um diese Verhältnisse mit einem Male zu überblicken und ihr factisches Bestehen, muss der innere und äussere schiefe Bauchmuskel so weggenommen werden, dass nur ein schmaler äusserer Rand ihrer Aponeurosen kurz vor ihrem Uebertritte in die Scheide des Rectus übrig gelassen wird. Hierauf öffnet man vom Nabel bis zum Schambeine die Scheiden der Recti durch zwei Längsschnitte, welche die Linea alba zwischen sich fassen, entfernt die Muskeln, spannt die Lineae semicirculares Douglasii und ihre bogenförmigen Fortsetzungen durch einen Haken, drückt das Peritoneum sammt dem fibrös-zelligen Belage desselben nieder und lässt zugleich die Blase durch Füllung mit Luft oder Wasser in das Cavum praeperitoneale emporsteigen.

9) Von der Linea alba bemerkt Retzius, dass dieselbe unterhalb des Nabels kein fibröses Septum erzeugt, welches die beiden Mm. recti vollkommen von einander trennen könnte (wie es oberhalb des Nabels der Fall ist), sondern nur einen dünnen Bindegewebsstreifen vorstellt, welcher die geraden Bauchmuskeln unvollkommen von einander trennt und in das Bindegewebe übergeht, welches das Cavum praeperitoneale einnimmt.

Noch sei bemerkt, dass Retzius ausser seiner Fascia endogastrica noch eine andere über ersterer und hinter den Recti annimmt, die von den Douglas'schen Linien herabsteigt und sich an der Symphyse festsetzt; aber in obigen Angaben übergeht er dies vollständig.*)

Wie vorerwähnte Autoren, so nehmen auch die in neuerer Zeit erschienenen Arbeiten von Gérardin**), Bouilly und Pauzat***) die Existenz der in Frage stehenden Fascien an; nur in Betreff des Endzieles dieser Fascien gehen die Meinungen letzterer mehr oder weniger auseinander.

Was das Cavum praeperitoneale betrifft, so finde ich die

---

*) Pauzat, Contribution à l'étude de la région prévésicale etc. Gaz. méd. 1880. No. 35 ff. p 449.

**) Gérardin, Recherches sur la cavité prépéritonéale de Retzius et sur son inflammation. Thèse Paris 1879.

***) Bouilly, Les tumeurs aigues et chroniques de la cavité prévésicale. Thèse Paris 1880.

Ansicht Retzius' sowohl von Wenzel Gruber*), als auch von Cruveilhier**), Follin und Duplay***) bestätigt, und gebührt ihm vor Allem das Verdienst, den Chirurgen auf diese Gegend der Bauchwand aufmerksam gemacht zu haben und dadurch den Diagnostiker vor schweren Irrthümern zu wahren. Gleichwohl möchte sich aber unser genialer Hyrtl seinem Enthusiasmus für die neue Entdeckung Retzius' zu arg hingegeben haben, wenn er sagte, dass alle weiteren Erörterungen über das Cavum praeperitoneale für ihn eine „Ilias post Homerum" seien; denn neuere Untersuchungen haben ergeben, dass die Beschreibung des Cavum Retzii noch wohl der Modification bedurfte, und damit die Erwiderung Luschka's gerechtfertigt, die dieser dem Ausspruche Hyrtl's mit den Worten: „quandoque bonus dormitat Homerus" gab.

Luschka†) setzte den Angaben Retzius' wenigstens in Bezug auf die Bedeutung des Cavum für die Bewegungen der Blase gerechte Zweifel entgegen, und Gérardin, Bouilly und Pauzat haben so manchmal andere Verhältnisse gefunden.

Gérardin stellt unter der von ihm angegebenen Sectionsweise fest:

„Unmittelbar hinter den geraden Muskeln liegt die Fascia transversa fibreux Richet's (Fascia transversa Cooperi); unter dieser Fascia, nur von mehr oder weniger reichlichem Zellgewebe getrennt, findet er, mit dem Scalpellstiel ablösend, die (zweite) Fascia (Fascia propria Velpeau's) transversa celluleux Richet's. Diese findet er einmal in der Höhe der Douglas'schen Falten mit der ersteren Fascia verschmolzen, ein ander Mal wieder sich im subperitonealen Zellgewebe verlieren; seitwärts scheint sie ihm vom äusseren Rande der geraden Muskeln begrenzt; die Arteria epigastrica in sich bergend glaubt er sie herabsteigen bis zum Schenkelcanale, um das Septum crurale zu bilden. Am Gipfel der Blase, in der Höhe des Ansatzes des Urachus und der Umbilicalarterien findet die Vereinigung der

*) Wenzel Gruber, Ueber Abscesse im Cavum Retzii. Virchow's Archiv. Bd. XXIV. S. 182.

**) Cruveilhier, Anat. descript. p. 533.

***) Follin und Duplay, Traité élém. de path. ext. 1878. p. 761.

†) Luschka, Anatomie des menschlichen Bauches. Tübingen 1863. Bd. II. S. 118.

Fascia transversa mit der Fascia pelvis statt, welche Vereinigung Retzius hinter die Blase verlegt. Die Lamelle, die den Blasenmuskel vom Peritoneum trennt, und die als Fascia transversa von Retzius angesehen wurde, betrachtet Gérardin als zur Fascia pelvis (dépendance du fasc. pelv.) gehörig; dagegen findet er eine fibro-celluläre Lamelle vor der Blase herabsteigen, die sich in die Fascia pelvis fortsetzt.

Gérardin kommt zu dem Schlusse, dass ein mit Zellgewebe gefüllter Raum existirt, der oben durch die Douglas'schen Falten, vorne durch die Fascia transversa fibreux Richet's, die in der Höhe der Rectusscheiden sehr selten, hinten durch die Fascia transversa celluleux, die sich am Gipfel der Blase mit der Fascia pelvis vereinigt, unten durch die Fascia pelvis, die die Blase bedeckt und seitlich durch den äusseren Rand der geraden Bauchmuskeln und die Art. epigastr. begrenzt ist.

Dieser Raum steht in unmittelbarer Beziehung zu den geraden Bauchmuskeln und der Symphyse nach vorne; nach unten, seitwärts und hinten mit dem oberen Pelvi-Rectalraume; nach unten und vorne mit der Oeffnung des Schenkelcanales, von dem er durch das Septum crurale und die Gefässe getrennt ist.

Das prävesicale Gewebe ist wahrscheinlich direct in Beziehung mit dem Zellgewebe, welches das Rectum umgiebt und über der Fascia pelvis gelegen ist. Das Zellgewebe des Pelvi-Rectalraumes steht jedenfalls in Beziehung zu dem Cavum praevesicale; es ist von dem die Fossae ischio-rectales auskleidenden Zellgewebe nur durch den Levator ani und seine zwei Aponeurosen getrennt."

Bouilly stimmt im Allgemeinen mit den Angaben Gérardin's überein, nur glaubt er, dass die Fascia propria Velpeau's sich in zwei Blätter auflöst, in ein vorderes, lamellenartiges, das die Prävesicalfläche bildet, und ein hinteres, welches sich mit der Serosa hinter die Blase begiebt und viel zerreisslicher und zellgewebsartig ist. Zwischen diesen Blättern soll die Blase ihre auf- und absteigenden Bewegungen ausführen, wie in einer Art seröser Bursa.

Endlich kam Pauzat in seinen Untersuchungen an 8 Leichen zu folgendem Resultat: Er fand in allen Fällen die Fascia transversa Velpeau's, die er „Feuillet symphysien" nennt, ziemlich gut entwickelt, sich an der Symphyse und ihren Aesten an-

setzend; darunter die Fascia propria (von ihm Fascia transversa Retzii genannt), in das Becken hinabsteigend, die vordere Blasenfläche überziehen und an der Aponeurose der Prostata sich ansetzen, um in die Fascia pelvis überzugehen. Er unterscheidet, gestützt auf seine Untersuchungen und klinischen Beobachtungen, zwei Cava, das eine über, das andere unter und hinter der Fascia transversa Velpeau's.

Es erübrigt nun noch, die Resultate meiner eigenen Untersuchungen anzuführen.

Nachdem die geraden Bauchmuskeln von ihrer vorderen Bekleidung entblösst waren, löste ich letztere, die ich in der Höhe des Nabels quer durchschnitten, langsam und vorsichtig ab und schlug sie über die Symphyse zurück. Vor mir lag nun die hintere Rectusscheide, die bekanntlich von den Aponeurosen des tiefen schiefen und des queren Bauchmuskels gebildet, nur zwei bis drei Querfinger breit über den Nabel herabreicht und mit den Lineae semicirculares Douglasii endigt. In Folge dieser Anordnung müsste demnach der Theil der Recti, der von diesen Linien abwärts zu der Symphyse führt, einer besonderen Hülle entbehren, aber zum Ersatze steigt, gleichsam eine Fortsetzung der hinteren Scheide, von den Arcaden ein durch loses Zellgewebe mit der hinteren Rectusfläche verbundenes dünnes Blatt herab, das sich an der Symphyse des Schambeines und seinen Aesten inserirt, und seitlich in der Höhe des äusseren Randes der Recti in die später zu erwähnende, unter ihr liegende Fascie übergeht. Dieses Blatt ist mit der Fascia transversa Cooperi und Velpeau's identisch.

In allen meinen Untersuchungen habe ich es wiedergefunden, und machte es mir immer in seinem oberen Verlaufe den Eindruck einer ziemlich resistenten Fascie; gegen ihren Ansatz am Schambeine zu war diese Fascie freilich manchmal recht dünn, so dass ich mich nicht wundern kann, dass sie so vielfach übersehen werden konnte, zumal wenn das Messer weniger vorsichtig und behutsam die Recti von ihrer hinteren Scheide bis zur Symphyse abhebt; oft erscheint sie durch eine Fortsetzung der Linea alba (Adminiculum lineae albae) in die Tiefe in zwei gleiche Hälften getheilt.

Dann durchtrennte ich die Insertion dieser Fascie am Schambeine, und vor mir lag ein mehr oder weniger reichliches, besonders

bei weiblichen Leichen oft stark mit Fett durchsetztes, sehr lockeres Zellgewebe, das hinter der Symphyse des Schambeines sich am besten entwickelte, aber über die Symphyse emporsteigend immer mehr schwand, bis es an einer Stelle, die einige Centimeter unter den Lineae Douglasii lag, vollständig verschwindet. Hier ist es, wo ich die Verschmelzung der Fascia transversa Cooperi mit einer zweiten, unter letzterer liegenden Lamelle constatiren konnte, und diese ist die Fascia transversa Retzii (Hyrtl's, Henle's u. A.) oder Fascia propria Velpeau's.

Diese letztere Fascia bekleidet die hintere Fläche der Mm. transversi, verschmilzt alsdann mit der hinteren unteren Fläche der Rectusscheide und dient dem Peritoneum zur Verdoppelung. Nur nebenbei sei hier bemerkt, dass ich nie den Eindruck gewinnen konnte, als schlage sich die mit der unteren Rectusscheide verschmolzene Fascie auf ihrem Wege zum Peritoneum nach hinten um, so dass die Lineae Douglasii nach der Ansicht von Retzius als Falten (Plicae) zu betrachten seien; vielmehr kam mir stets vor — und in dieser Anschauung wurde ich durch die Erfahrungen von Ph. Stöhr auf dem Präparirboden bestärkt — als ob die Faserzüge der hinteren Rectusscheide sich bald mehr, bald weniger schnell und deutlich verlören, so dass man absolut nicht von Falten sprechen kann.

Von den Douglas'schen Linien steigt diese Fascia transversa, wie sie in unseren Lehrbüchern genannt wird und unter der ich immer die Fascia propria Velpeau's verstehe, über das Peritoneum gelagert und die obliterirten Umbilicalarterien, den Urachus und die Arteria epigastrica in sich bergend, gegen die Symphyse und das Poupart'sche Band herab und geht hier in ihrem äusseren Theile, nachdem sie noch die Fascia infundibuliformis für den Samenstrang gebildet, in die Fascia iliaca über, während sie in ihrem mittleren Theile, von dem vorhin erwähnten fetthaltigen Zellgewebe überlagert, unter der Symphyse des Schambeines hinabgleitet und die vorderen, wie auch die seitlichen Flächen der Blase von ihrem Gipfel an, durch lockeres Zellgewebe mit ihr verbunden, umkleidet und sich an der Aponeurose der Prostata beim Manne, an dem Ansatze der Harnröhre an die Blase beim Weibe inserirt; sie geht also nicht, wie Retzius und mit ihm noch Andere annehmen, mit

dem Peritoneum hinter die Blase hinab, um sich mit der Fascia pelvis zu identificiren. Dies war mir unmöglich zu sehen, vielmehr fand ich das Peritoneum so fest mit dem Blasenscheitel verwachsen, dass ich kaum hätte annehmen können, es möchte unter ihr noch eine Fortsetzung der Fascia transversa Raum gewinnen; dagegen kam ich an allen Leichen, langsam und behutsam mit dem Scalpelstiel vorgehend, vor und neben die Blase herab zur Prostata, beziehungsweise dem Ansatze der Harnröhre an die Blase.

Noch sei bemerkt, dass das über der Fascia transversa liegende Zellgewebe mit dem des pelvi-rectalen Raumes in Zusammenhang steht, so dass man leicht bis zum Rectum mit dem Finger oder Scalpelstiel vordringen kann; ebenso gelangt man in die Fossae iliacae.

Aus obigen Erörterungen geht nun hervor, dass durch die Fascia transversa Cooperi zwei mit Zellgewebe erfüllte Räume existiren, dass das Cavum Retzii in zwei Cava, wenn man unter diesen mit Zellgewebe ausgekleidete Räume versteht, umgeschaffen ist. Von diesen ist das eine über, das andere hauptsächlich hinter dem Schambeine gelegen und zwar ist ersteres begrenzt vorne durch die hintere Fläche der Recti, seitwärts von dem äusseren Rande der geraden Muskeln oder vielmehr von der Verschmelzung der Fascia transversa Cooperi mit der eigentlichen Fascia transversa, die, wie wir gehört, in der Höhe des äusseren Randes der geraden Muskeln Statt hat, unten durch die Symphyse und hinten durch die Fascia transversa Cooperi, und zwar in der Weise, dass dieses Cavum der Form eines V gleichkommt, dessen Spitze an der Symphyse gelegen ist und dessen Basis sich in die Scheide der Recti fortsetzt; das zweite Cavum entspricht dem Cavum Retzii. Es ist vorne begrenzt durch das Schambein und seine Aeste, sowie weiter oben durch die Fascia transversa Cooperi, hinten durch die Blase und die eigentliche Fascia transversa, oben durch die Verschmelzung der Fascia transversa Cooperi mit der eigentlichen Fascia transversa, seitlich oben durch die Verwachsung der Fascia transversa mit der Aponeurose der schiefen und queren Bauchmuskeln, unten von der Prostata, beziehungsweise dem Blasenhalse. Vermittelst des pelvi-rectalen Zellgewebes setzt

sich dieser eigentlich prävesicale Raum bis zum Rectum und in die Fossae iliacae fort.

Wir unterscheiden demnach: 1) ein Cavum submusculare, wie wir es nach dem Vorschlage Pauzat's nennen wollen (vielleicht könnte man ihm wegen seiner Lage über dem Schambeine auch den Namen Cavum suprapubicum geben), und 2) ein Cavum praevesicale, das man wegen seiner grössten Ausdehnung hinter dem Schambeine auch Cavum retropubicum nennen könnte.

Mit Erkenntniss dieser anatomischen Lageverhältnisse haben wir somit zugleich eine Basis für unsere spätere klinische Eintheilung gewonnen.

Aetiologie der prävesicalen Abscesse.

Hinsichtlich der Aetiologie müssen wir die Abscesse, die in den oben beschriebenen Cava entstehen, und die wir gleich hier unter dem Namen submusculäre und prävesicale Abscesse einführen wollen, in solche, die auf idiopathischem Wege sich entwickeln, und in solche, die man als symptomatische oder fortgeleitete zu betrachten hat, unterscheiden.

Die idiopathischen Abscesse werden vor Allem durch Traumen hervorgerufen. So sehen wir bei einer Frau, die im im 2. Monat ihrer Schwangerschaft 6 Fuss tief fiel, nach 6 Wochen einen Abscess im Hypogastrium entstehen [18*)]; desgleichen bei einem jungen Manne nach einem Stosse mit einer Wagendeichsel in das Hypogastrium; dass durch das Anprallen der Wellen im Seebade ein prävesicaler Abscess entstehen kann, klingt zwar etwas unglaublich, wird aber von Dumas**) berichtet.

Im Gefolge von erschöpfenden Allgemeinerkrankungen, typhoiden Fiebern, hat man wiederholt Abscesse im Hypogastrium wahrgenommen (2, 3, 4, 5). Es scheint dies auf der Hinfälligkeit und leichten Zerreissbarkeit der Gewebstheile, besonders der Gefässe nach solchen Krankheiten zu beruhen; in Folge von Ruptur eines Gefässes entsteht ein Bluterguss, der, statt resorbirt zu werden,

---

*) Die Zahlen beziehen sich auf die am Schlusse der Arbeit angeführten Krankengeschichten.

**) Dumas, Des phlegmons profonds des parois abdominales. Montpellier médic. XXXVIII. 1877. p. 97.

sich unter dem Einflusse chemischer Zersetzungsproducte oder eingedrungener Mikroorganismen in einen Abscess umbilden kann. Diese Art von Abscessen hat man zumeist im submusculösen Cavum angetroffen und man hat auch mikroskopisch nachgewiesen, dass diesen Abscessen Blutergüsse vorausgegangen sein mussten.

Vielfach hat man auch als Ursache von submusculären und prävesicalen Abscessen Störungen im Darmtractus, die mit Koliken einhergehen, angesprochen und in der That auch so manche Beobachtungen gemacht, in denen der Abscessbildung solche Zustände vorausgegangen sind (6, 11, 22, 23); aber man wusste sich nicht die Beziehungen dieser Thatsachen zu einander zu erklären. Bei Pauzat*) finde ich eine ganz plausible Erklärung hierfür; er sagt: „Die Lamellen, welche die Muskeln umgeben, haben den Zweck, sich der Verschiebung, dem Bruche oder dem Zerreissen der Muskelfasern bei der Zusammenziehung zu widersetzen; sie üben auch den nöthigen Gegendruck aus, um das Zerreissen der Muskelgefässe zu verhindern (deren Spannung zunimmt, so kurz auch die Contraction dauert); die Rectusscheide bietet alle nöthigen Bedingungen der Festigkeit und des Widerstandes, um die physiologische Rolle der sehnigen Umhüllung zu erfüllen; aber diese Scheide ist in einem Theile sehr schwach, da nämlich, wo sie durch die Fascia transversa Cooperi ersetzt wird; an diesem Punkte wird also eine beträchtliche Verminderung, wenn nicht eine gänzliche Abwesenheit dieses Gegendruckes Statt haben, der hier um so nöthiger ist, als die Recti oft der Sitz der gewaltigsten Contractionen sind.“

Hinzuzufügen ist noch, dass die Recti sehr gefässreich sind, weil sie zwei sehr starke Arterien, nämlich die Epigastrica und die Mamaria interna empfangen. Was ferner die Verbreitung des Ergusses über die hintere Fläche der Muskeln betrifft, so muss man dem Umstande Rechnung tragen, dass ihre vordere Fläche mit der Sehnenscheide durch die Inscriptiones tendineae zusammenhängt. Da es sich um theilweise Zerreissung handelt, und da die Entzündung oft in Resorption oder Verhärtung ausgeht, so ist es begreiflich, dass die anatomischen Demonstrationen dieser Theorie nicht immer möglich sind. Indess sagt Dolbeau in seinen Vorlesungen über Chirurgie (1867. p. 207), dass er mehrere Male an

*) Pauzat, l. c. No. 39. p. 506.

Leichen Risse der geraden Bauchmuskeln gefunden habe, und dass man an dieser Stelle einen Blutherd antreffe. Es ist wahrscheinlich, fügt er hinzu, dass mehr als ein Sterbender diesen Unfall erlitten hat bei Gelegenheit der Anstrengungen, die er während der letzten Augenblicke seines Lebens machte."

Demnach liegt die Möglichkeit sehr nahe, dass durch die heftigen Contractionen der Recti gelegentlich sehr starker Koliken eine Zerreissung von Gefässen hervorgerufen wird, die ein Blutextravasat und dann einen submusculären oder secundär einen prävesicalen Abscess entstehen lassen.

Nun bleibt uns noch eine Reihe von Fällen übrig, in denen man keine andere Ursache findet, als dass man sie auf Eindringen von Mikroorganismen in den Körper zurückführt. So ist in unserem Falle (8) nach den Aussagen des Patienten kein Trauma vorausgegangen. Patient war auch sonst immer gesund, und doch entwickelte sich im Verlaufe von 8 Monaten ein Abscess im submusculären Raume. Die Untersuchung des Eiters ergab in demselben zahlreiche Mikroorganismen; ob diese durch eine nicht beachtete Verletzung von aussen oder vom Blute an besagte Stelle getragen wurden, sei dahingestellt.

Weder bei der Aetiologie noch in den späteren Abschnitten ziehen wir die Eiterungen genannter Räume in Betracht, welche nach der Sectio hypogastrica oder nach Laparotomieen entstehen. Sie sind in Bezug auf die Aetiologie sehr einfach. Auch ihre sonstigen Verhältnisse bieten keine besonders hervorzuhebenden Punkte. Immerhin werden diese Untersuchungen für die Operationen im submusculären und prävesicalen Raume ebenfalls nicht unberücksichtigt gelassen werden können.

Die symptomatischen oder fortgeleiteten Abscesse, die zumeist gemäss der anatomischen Anordnung derjenigen Organe, deren Erkrankungen sie folgen, im prävesicalen Raume gelegen sind, gehen sehr oft von Erkrankungen der Blase aus und folgen so auf Cystitis, Pericystitis, Ulcerationen der vorderen Blasenwand, wie sie durch Harnconcremente oder Fremdkörper hervorgerufen werden; beim Weibe ist es vor Allem aus leicht zu erklärenden Ursachen der Uterus und die ihm zugehörigen Theile, wie die breiten Mutterbänder etc., deren Erkrankungen den Ausgangspunkt für prävesicale Abscesse geben.

Nicht minder kann sich eine Entzündung des Rectums vermittelst des innigen Zusammenhanges des pelvi-rectalen Zellgewebes mit dem des prävesicalen Raumes in diesen fortleiten und zur Bildung eines prävesicalen Abscesses Veranlassung geben. Wie mit dem Rectum, so steht der prävesicale Raum auch mit den Fossae iliacae durch dieses Zellgewebe in Verbindung, und man hat in der That Abscesse beobachtet, die ihren Ausgang von da nahmen und sich zu prävesicalen umgestalteten (42).

In einigen Fällen (38, 39, 41) entwickelten sich im Anschluss an Entbindungen und Abortus, von den Fossae iliacae, beziehungsweise den breiten Mutterbändern ausgehend, prävesicale Abscesse. Durch den schwierigen Akt der Geburt ist es bedingt, dass leicht Zerreissungen und Quetschungen im Bereiche des Beckens vorkommen können, die dann zu Entzündungen und Abscessen führen, zumal für letztere der puerperale Zustand der Kranken sehr günstig ist.

Die Entzündungen und Vereiterungen der Prostata geben auch Veranlassung zu prävesicalen Abscessen (35), doch ist die Fortleitung in den prävesicalen Raum oben durch die Ligamenta pubico-vesicalia und seitlich durch die Ligamenta recto-vesicalia behindert, so dass sie eher zu den Seiten des Rectums ihren Weg nehmen, als dass sie nach oben oder seitlich durchbrächen.

Auch Erkrankungen und Fracturen des Schambeins können die Entstehungsursache prävesicaler Abscesse abgeben, wie dies Fall 44 und 45 beweist.

Dass eine Blennorhoe einen prävesicalen Abscess im Gefolge haben kann, erscheint mir gar nicht so unwahrscheinlich, wenn man annimmt, dass die Entzündung von der Urethra zu den Hoden, von da vermittelst des Samenstranges zu den Samenbläschen vorschreitet und von hier aus das prävesicale Zellgewebe durch Vermittlung des pelvirectalen befällt. So berichtet doch Faucon*) einen Fall von Blennorrhoe, in welchem neben einem prävesicalen Abscess sogar eine Peritonitis entstanden war. Die Ansicht von Duplay und Follin**) aber, welche die Blennorrhoe als eine Allgemeinerkrankung hinstellen wollen und in Folge dieser

*) Faucon, Le péritonite et le phlegmon sous-péritonéale d'origine blennorrhagique. Arch. génér. de med. 1877.

**) Duplay et Follin, Traité élém. de pathol. ext. T. V. p. 758.

Ansicht die durch dieselbe entstehenden prävesicalen Abscesse gleichsam als idiopathische erklären, muss vollständig verworfen werden.

In einem Falle (36) müssen wir als Ursache des prävesicalen Abscesses das gleichzeitige Bestehen eines Bubo und eines Schankers ansprechen.

Pathologische Anatomie.

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel bemerkt, haben wir unter den im Hypogastrium zur Beobachtung kommenden Abscessen zu unterscheiden zwischen: 1) submusculären und 2) prävesicalen Abscessen.

Anatomische Untersuchungen und klinische Beobachtungen rechtfertigen diese Sonderung vollkommen. In den von mir gesammelten Fällen wurde mir diese freilich oft recht schwer gemacht, da die betreffenden Berichte reich an Ungenauigkeit waren, und Deutlichkeit besonders in Bezug auf Lage und Begrenzung der Geschwulst fehlte.

Die Fascia transversa, von der ich sagte, dass sie in ihrer unteren Partie oft recht dünn sei, ist eine hinreichende Scheide gegen das Durchbrechen von submusculären Abscessen in den prävesicalen Raum. Es mag wohl ein solches Durchbrechen leicht geschehen und ist auch sicher der Fall, wenn eine acute Entzündung mit schneller Abscessbildung einhergeht. Aber für langsam sich entwickelnde chronische Abscesse, die ihr Zeit und Gelegenheit geben, sich allmälig zu verdicken, ist diese Fascie stark genug, um den Durchbruch des Eiters in den eigentlichen prävesicalen Raum zu verhüten. Auch klinisch ist dies nachgewiesen. Der in der Klinik des Herrn Prof. Maas beobachtete Fall illustrirt diese Annahme sehr gut: Es zeigte sich nach Entleerung des Eiters, dessen Menge $^1/_4$ Liter betragen haben mag, eine mit einer dunklen, weichen Abscesstapete ausgekleidete Höhle, deren Grund von der Fascia transversa gebildet wurde; mit einem Finger gelangte man leicht an den oberen Rand der Symphyse, nicht aber hinter dieselbe.

Man darf diese submusculären Abscesse mit den prävesicalen nicht in eine Kategorie bringen, wie dies oft geschehen ist; man

hätte doch bedenken sollen, dass man die Geschwulst mit der Symphyse, manchmal sogar noch über ihr aufhören gefunden (2, 12) und dass die Blase überhaupt nicht mit dem Tumor in so naher Berührung stand. Man könnte sie nur dann prävesicale Abscesse nennen, wenn die möglichst ausgedehnte Blase hinter dem Abscess aus dem Becken heraufstiege, was aber schon deshalb nicht möglich ist, weil der vielmehr über der Blase befindliche Abscess oder Tumor zufolge dem Gesetze der Schwere auf die emporstrebende Blase drückt und sie zu häufigeren Entleerungen nöthigt.

Die submusculären Abscesse sind zumeist, in unseren Beobachtungen alle, zugleich auch idiopathische; nicht so die prävesicalen, die sowohl idiopathischer, als auch symptomatischer Natur sein können; übrigens kann, wie schon bemerkt, ein submusculärer sich zu einem prävesicalen, umgestalten und umgekehrt ein prävesicaler auch den submusculären Raum in das Bereich seiner Entzündung ziehen.

Unter den neun in den gesammelten Fällen verzeichneten Obductionen greife ich zwei für die oben getroffene Unterscheidung sehr geeignete Fälle heraus und lasse sie ausführlich, wie ich sie Virchow's Archiv*) entnahm, folgen; die übrigen Obductionen sind theils sehr unvollständig, theils übergehen sie die Darstellung des Befundes in der vorderen Bauchwand ganz und gar.

Fall von Wenzel Gruber: Bei einem 24 Jahre alten Manne, der im Juli 1861 in das Maria-Magdalena-Hospital in St. Peterburg aufgenommen wurde, stellte sich im Verlaufe von Typhus abdominalis am 31. Juli ein Schmerz im Unterleibe oberhalb der Schambein-Synchondrose ein. Man fand daselbst die Bauchwand wie von einer gefüllten Harnblase gehoben. Die Geschwulst war empfindlich, hart und gab bei der Percussion einen dumpfen Schall. Der Kranke konnte den Harn ohne Hinderniss lassen und bei der Untersuchung der Harnblase mit dem Katheter fand man diese leer und in derselben nichts Abnormes. Die Kräfte des Kranken nahmen ab; es erschienen Symptome von Scorbut. Bis zum 25. August nahm die Geschwulst an Grösse und Empfindlichkeit bald ab, bald zu. Fieberanfälle traten vom 13. Juli bis zum letzteren Tage nicht mehr ein; es waren in dieser Zeit Tage, an denen sich der Kranke wohler fühlte und sogar herumspazierte. Vom 25. August angefangen, an dem die Geschwulst zu fluctuiren begann, verschlimmerte sich der Zustand wieder; die Kräfte schwanden mehr und mehr. Am 7. Septbr.

---

*) Wenzel Gruber, Ueber Abscesse im Cavum praeperitoneale Retzii. Virchow's Archiv für Pathologie und klinische Medicin. Bd. XXIV. 1862. S. 183 u. 186.

fand man die Geschwulst zusammengefallen, den Kranken total erschöpft, bewusstlos. Am Abend desselben Tages erfolgte der Tod.

Obduction: Zur besonderen Untersuchung der Geschwulst wurde der mittlere Theil der vorderen Bauchwand, vom Nabel abwärts, und der vorderen Beckenwand ausgeschnitten und ausgesägt. Die Geschwulst, obgleich zusammengefallen wegen Entleerung des meisten Eiters in die Beckenhöhle, ist demnach deutlich begrenzt. Sie liegt theilweise vor der Schambein-Synchondrose, dann in der Regio hypogastrica propria und theilweise in der Regio umbilicalis. Sie reicht bis $2^1/_2$ Zoll unter den Nabel aufwärts und bis unter die Mitte der Höhe der Schambeinsynchondrose und wird gegen ihr oberes Ende allmälig breiter. Am oberen Rande der Schambeinsynchondrose dehnt sie sich bis zu den Tubercula pubis, darüber an der Bauchwand fast so weit seitwärts, wie die Musculi recti abdominis. Sie hat eine Höhe von 5 Zoll, wovon $3^3/_4$ Zoll über der Schambein-Synchondrose, $1^1/_4$ Zoll vor dieser liegen. Sie ist an ihrem unteren Ende vor der Schambein-Synchondrose $^3/_4$—1 Zoll, an ihrem oberen Ende $3^3/_4$—4 Zoll breit. Sie hat die Gestalt eines nach unten zugespitzten Ovals. — Die Haut über der Geschwulst ist normal. Die oberflächliche Schicht des subcutanen Zellgewebes ist unverändert; die Tiefe zeigt hier und da hämorrhagische Stellen, ist in der Medianlinie verdünnt, seitlich verdickt und mit der Scheide der Mm. recti fast vereinigt. Nach dem Durchschneiden der tiefen subcutanen Schicht sieht man die Scheiden der Mm. recti in der Medianlinie geöffnet, vermisst das Adminiculum lineae albae zwischen diesen Muskeln und befindet sich in einer Eiterhöhle, die den unteren Theil der Scheiden der Recti und das Cavum praeperitoneale einnimmt. — Die Höhle ist vorne 4 Zoll hoch, wovon ein 3 Zoll hoher Theil über der Schambein-Synchondrose, ein 1 Zoll hoher Theil vor dieser liegt; hinten 3 Zoll hoch, wovon ein $2^1/_2$ Zoll hoher Theil über der Schambein-Synchondrose, ein $^3/_4$ Zoll hoher Theil hinter dieser gelagert ist. Sie reicht hinten bis zur Linea semicircularis Douglasii aufwärts. Vor der Schambein-Synchondrose ist sie $^1/_2$ Zoll, an ihrem oberen Rande $1^1/_4$, darüber allmälig $2^3/_4$—3 Zoll breit. Ihre grösste Tiefe über der Schambein-Synchondrose beträgt $1^1/_2$—2 Zoll. In derselben findet man noch eine Quantität grauröthlichen, nicht farbigen Eiters und in Folge der Eiterbildung das Bindegewebe im Cavum praeperitoneale und die inneren Portionen der Mm. recti, letztere zusammen in einer Breite von $1^1/_4$ Zoll und in einer Höhe von $2^1/_4$ Zoll durch Zerfall zerstört. Dieser Eiter hat oben mehr die Scheiden der Recti, unten mehr letztere unterminirt. Das die Schambeine und die Schambein-Synchondrose deckende Periost ist noch erhalten. Die vordere Wand bildete in der Medianlinie das subcutane Gewebe, seitlich der innere Theil der vorderen Blätter der Scheiden der Mm. recti; die hintere Wand desselben das Cavum praeperitoneale; die untere Wand der Scheitel der Harnblase, der Scheitel der Schambein-Synchondrose und die Schambeine vor dieser bis zu ihren Tubercula auswärts. Die Verlängerung vor der Schambein-Synchondrose abwärts wurde vorne zunächst von den inneren Portionen der Sehnen der Mm. recti und obliqui externi abdominis begrenzt. Links in einiger Entfer-

nung von der Medianlinie über dem oberen Drittel der hinteren Wand der Höhle, in der hinteren Wand des Cavum praeperitoneale ist eine kleine, zwei Linien grosse Oeffnung vorhanden, wodurch die Eiterhöhle mit der Bauchhöhle communicirte und der Eiter in die Beckenhöhle sich entleerte. Die Oeffnung sitzt in der Mitte einer kleinen, seichten Grube, welche vor Durchbruch des Peritoneums durch Zerstörung der Fascia transversa, welche die hintere Wand des Cavum praeperitoneale bilden hilft, entstanden ist.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel und bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung, dass uns in diesem Falle, der übrigens von Wenzel Gruber als prävesicaler Process angeführt wurde, auch durch die Obduction ein hübscher Beleg für die Annahme sowohl eines submusculären Cavums hinter den geraden Bauchmuskeln, als auch der Entwickelung und Existenz von Abscessen an dieser Stelle gegeben ist.

Um den Unterschied der submusculären von den prävesicalen Abscessen recht ins Licht zu setzen, lasse ich zugleich einen zur Obduction gekommenen Fall von prävesicalem Abscess, den ich ebenfalls Virchow's Archiv entnommen, gleichsam als Gegenstück zu dem früheren hier folgen.

Fall von Wenzel Gruber: Im Maria-Magdalena-Hospital zu St. Petersburg starb ein Mann mit einem Abscess in der Regio ano-perinealis, der sich durch das Rectum einen Ausweg gebahnt hatte, unter den Erscheinungen des Ileus. Bei der Section fand sich in der Bauchhöhle kein flüssiges Exsudat, eben so wenig im Cavum praeperitoneale, auf den Därmen nur wie ein leichter Anflug von faserstoffigem Exsudat und einige feine, leicht zerreissbare Pseudostränge von der hinteren Wand des Cavum praeperitoneale zur Flexura sigmoidea und zum Endstücke des Ileum. — Ueber der Harnblase, in der hinteren Wand des Cavum praeperitoneale, befand sich ein grosses Loch, das in querer Richtung 2 Zoll, in verticaler $1\frac{1}{3}$ Zoll weit war und die Communication der Höhle des Bauchfellsackes mit dem Cavum praeperitoneale vermittelte. Das Cavum praeperitoneale verlängerte sich in eine zwischen der vorderen Beckenwand und der Harnblase gebildete, bis zur Prostata herabreichenden Höhle. Von der gemeinschaftlichen Höhle gingen zwei unter dem Peritoneum gelagerte Gänge aus. Der eine davon verlief nach rechts und theilte sich in zwei Nebengänge, wovon der vordere im Schenkelcanale eine Strecke abwärts stieg, der hintere in der Fossa iliaca zwischen dem Peritoneum und der Fascia iliaca bis zu dem mit dem Peritoneum verlötheten Coecum sich krümmte. Der andere verlief nach links, begab sich durch das Foramen ischiadicum majus hinaus in die Gesässregion bis zum Trochanter major. Am Boden der gemeinschaftlichen Höhle, jederseits neben der Prostata, befand sich im fibrös-fleischigen Diaphragma des Beckens ein grösseres Loch. Jedes derselben führte in eine grosse, in der Regio ano-perinealis gelagerte Nebenhöhle, die die Excavatio

ischio-rectalis und das entsprechende Perinealdreieck einnahm. Von den Nebenhöhlen communicirte die rechte durch ein Loch in der rechten und vorderen Wand der Portio ano-prostatica des Rectum mit diesem. Die gemeinschaftliche Höhle war leer; die rechte Nebenhöhle enthielt nur eine geringe Quantität Jauche. die Nebengänge des rechten Ganges, der ausserhalb des Beckens befindliche Theil des linken Ganges, namentlich die linke Nebenhöhle dagegen war ganz von Jauche angefüllt. Die Harnblase war zusammengezogen, sonst nicht verändert. Die Prostata und das Rectum oberhalb seiner Perforation waren normal. Die Spina ischiadica sinistra war vom Periost etc. entblösst.

Die eben angeführte Obduction liefert ein sehr anschauliches Bild von der enormen Ausbreitung und Fortleitung der prävesicalen Abscesse in jeder Richtung des Beckens, die bedingt ist durch die Communication des Zellgewebes des prävesicalen Raumes mit dem des übrigen Beckens.

Symptome, Dauer und Verlauf.

Sowohl bei den submusculären, als auch prävesicalen Abscessen sind 2 Stadien zu unterscheiden: 1) das Stadium der Allgemeinerscheinungen, das man auch Prodromalstadium nennen kann, und 2) das der sichtbar oder fühlbar werdenden Geschwulst.

Ersteres wird eingeleitet durch mehr oder weniger intensive Schmerzen im Hypogastrium, die manchmal (23) mit dem Gefühl der Schwere und Völle des Unterleibes, besonders bei prävesicalen Abscessen verbunden sind, Unbehaglichkeit, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, Verstopfung (8) und mehr oder weniger Fieber; bei prävesicalen Abscessen ist letzteres fast immer vorhanden, obwohl man hin und wieder auch einmal Fieberlosigkeit beobachtete (42); häufiger fehlt es bei den submusculären Affectionen; bei den prävesicalen hat man nicht selten Schüttelfröste wahrgenommen (34, 35, 43); ebenso sind die Störungen von Seiten der Blase bei den submusculären Abscessen weniger (2) oder gar nicht (1, 8) ausgeprägt, während sie bei den prävesicalen einen oft bedeutenden Grad annehmen und zu Retentio urinae (31) und Dysurie (33) führen.

Mit den Erscheinungen von Seiten der Blase beginnt zumeist schon das zweite Stadium und hier lässt sich erst aus der Anwesenheit der allmälig wachsenden Geschwulst ersehen, ob man es

mit einer Entzündung des submusculären oder prävesicalen Raumes zu thun hat.

Vor Allem sind beide durch die Form der Geschwulst verschieden. Während erstere eine eiförmige Gestalt, deren Spitze unten und deren Basis oben liegt, im Hypogastrium annehmen, oder mit unregelmässiger Begrenzung sich in der vorderen Bauchwand entwickeln, zeigen letztere eine kugelige Gestalt, die, hinter der Symphyse emporsteigend, derjenigen der mit Urin gefüllten Blase ähnlich ist. Ebenso sind sie in Bezug auf ihre Lage nicht zu verwechseln. Die submusculären Abscesse liegen stets zwischen Symphyse und Nabel und lassen sich nicht hinter die Symphyse verfolgen. Die prävesicalen aber liegen vor Allem hinter der Symphyse und vor der Blase und steigen von da zum Hypogastrium empor. Ferner ist noch die Art ihrer Ausdehnung verschieden; während erstere sich bald rechts, bald links von der Linea alba ebenso gut, als mehr oder weniger gleichmässig auf derselben entwickeln können (3), liegen diese letzteren in ihrem oberen Theile immer auf derselben, breiten sich ferner im Becken oft der Art aus, dass sie letzteres vollständig ausfüllen (19), wie dies bei einer Untersuchung per rectum oder vaginam erkannt werden kann. Mit Hilfe dieser Untersuchungsmethode lässt sich auch am besten eine Fluctuation der prävesicalen Abscesse erkennen.

Manchmal kann es vorkommen, dass das Prodromalstadium vollständig übersehen wird, und gleich das zweite Stadium des Krankheitsbildes beginnt, wie dies unser Fall beweist.

L., 50 Jahre alt, Schneider, trat am 10. Novbr. 1884 in das Julius-Hospital zu Würzburg ein. Pat. stammte aus ganz gesunder Familie. Vater starb nach kurzem Krankenlager im 42. Jahre, Mutter an Wassersucht; acht Geschwister leben und sind gesund. Pat. war stets gesund, ebenso seine vier Kinder mit Frau. Tumoren sollen in der Familie des Patienten vorgekommen sein. Im März 1884 bemerkte Pat. einen etwa Wallnussgrossen Tumor von harter Consistenz über der Symphyse, genau in der Mittellinie, der sich langsam und ganz schmerzlos vergrösserte; im Juni 1884 war er etwas grösser als ein Hühnerei und wuchs dann schneller. Beschwerden von Seiten des Stuhles und Harnlassens hat Pat. nie bemerkt, ebenso waren keine Beschwerden von Seiten des Tumors vom Patienten wahrzunehmen. Abgemagert will er nicht sein. Kein Fieber. Ein Trauma ging nicht vorher.

Status praesens: Ziemlich magerer, sonst gesund aussehender Mann mit gesunden Lungen und Herzen. Im Unterleibe, in der Gegend der Symphyse, wölbte sich beim Stehen, Sitzen und Liegen des Patienten ein Tumor

von etwa $^1/_2$ Ctm. Erhebung über dem Niveau der Bauchhaut. Die Erhebung war nicht allerwärts gleichmässig, sondern am linken Rande des Tumors waren zwei stärkere Hervorwölbungen, welche sich auch durch ihre geringe Resistenz von dem übrigen Tumor unterschieden. Haut über dem Tumor normal, nicht geröthet, über dem Tumor verschiebbar. — Der Tumor war im Stehen härter, als im Liegen, von derber Consistenz, ohne Fluctuation, im Liegen Pseudofluctuation darbietend, welche sich an den beiden erwähnten, durch ihre Prominenz auffallenden Stellen der Fluctuation näherte. Bei Druck auf eine derbere Stelle und Klopfen auf die weichere fühlte man ebenfalls nur Pseudofluctuation. Der Tumor, nur mit den Bauchdecken verschiebbar, war 14 Ctm. hoch, 11 Ctm. breit und von ovaler Gestalt. An dem linken Rande des Tumors waren 2 Stellen, jede ca. Zweimarkstückgross, die etwas über das Niveau der grösseren Geschwulst prominirten und sich beim Husten des Patienten hervorwölbten. Legte man beim ruhigen Athmen des Patienten den Finger in eine der beiden Aushöhlungen, so fühlte man an der oberen rings einen scharfen, spannenden Ring; an der unteren war die Begrenzung nicht so prägnant, wie überhaupt die untere eine grössere Resistenz bot. als die obere. Die obere machte bei der Palpation auf den untersuchenden Finger ganz den Eindruck einer Bruchpforte, ohne dass man jedoch sehr weit in die Tiefe, etwa in die Bauchhöhle, dringen konnte. Beim Husten wölbte sich Nichts aus der Tiefe hervor, nur nahm die Resistenz bedeutend zu. Der Druck auf den linken Rand des Tumors war schmerzhaft, besonders auf die beiden weicheren Stellen, nicht aber der Druck auf die derberen Stellen des Tumors. — Die Percussion in der Umgebung des Tumors ergab tympanitischen Darmschall; die derberen Tumorpartieen zeigten gedämpft-tympanitischen Schall, während die weicheren sich wieder mehr dem rein-tympanitischen Klange näherten. — Die Rectaluntersuchung ergab im kleinen Becken nichts Abnormes; man fühlte keinen prominirenden Tumor hinter der Blasenwand; von Seiten des Mastdarmes keine Störungen, Stuhlgang regelmässig. Wasserlassen ebenso. Urin sah hellgelb aus, war klar, ohne jede Beimischung von Schleim und Blut; er enthielt weder Eiweis, noch Zucker. — Die Leistendrüsen waren frei; die Leber war auf Druck nicht empfindlich. — Der Tumor war bei Erschlaffung der Bauchdecken nur mit diesen verschieblich, und zwar nur sehr wenig im oberen Theile, im unteren hing er mit der Symphyse zusammen, von deren oberem Rande er nicht abgetastet werden konnte. — Die Bauchdecken waren oberhalb des Tumors von ganz normaler Beschaffenheit.

Operation am 22. Nov. 1884. Nachdem Pat. am Tage zuvor durch reichliche Darmentleerung und am Tage der Operation durch Tinct. Opii für diese vorbereitet war, wurde eine Punction mit der Pravaz'schen Spritze gemacht, welche dünnen, gelben, geruchlosen Eiter entleerte. Darauf wurde schichtweise die Haut, das ziemlich reichliche subcutane Fettgewebe und die oberflächliche Bauchfascie gespalten. Es entleerte sich aus dem oberen Theile des Schnittes etwas Eiter. Dieser floss unter mässig starkem Drucke nach Spaltung der Muskulatur in der Linea alba aus. Es zeigte sich nun nach

Entleerung des Eiters, dessen Masse $^1/_4$ Liter betragen haben mag, eine mit einer dunkelen, weichen Abscessmembran ausgekleidete Höhle, deren Grund von der Fascia transversa gebildet wurde. Mit dem Finger gelangte man leicht an den oberen Rand der Symphyse, nicht aber hinter dieselbe. Die beiden kleinen, prominirenden Tumoren erwiesen sich als Perforationsöffnungen im Muskelgewebe und zwar stand die obere vollkommen mit der Abscesshöhle in Verbindung, so dass sich deren Inhalt zugleich mit dem der grossen Abscesshöhle entleerte. Die etwas derbere Prominenz zeigte eine Communication durch einen ganz engen Fistelgang und enthielt etwas flüssigen und etwas verkästen Eiter. Die Muskeln waren bräunlich. Die Abscesshöhle wurde vorsichtig mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, und dann die Naht der Muskeln gemacht; darauf nach Einführung eines Drainrohres zwischen Fascia transversa und Muskeln die Haut mit Knopfnähten bis auf die oberen und unteren Wundwinkel vereinigt. — Verband mit 5pM. Sublimat-Kochsalzgaze. Ordination: 2stündl. 5 gtt. Opium, flüssige Diät den ersten Tag; am folgenden Tage ganze Kost. — Am 29. Nov. 1884 Abends erster Verbandwechsel, da Pat. bei der Defäcation behindert war. Das Drainrohr wurde entfernt und abermaliger Verband mit 5pM. Sublimat-Kochsalzgaze angelegt. Die Verbandstücke rochen nicht und waren mässig von Secret durchtränkt. — Am 4. Dec. 1884 Verbandwechsel; Alles geheilt. Borsalbe und Watteverband. Das Allgemeinbefinden war stets gut; nie Fieber vorhanden.

Dass in eben erwähntem Falle so alle gewöhnlichen Erscheinungen des Prodromalstadiums ausblieben, mag wohl seinen Grund in der langsamen chronischen Entwicklung des Abscesses haben.

Die submusculären, wie die prävesicalen Abscesse haben eine grosse Verschiedenheit in der Zeit ihres Bestehens aufzuweisen; während einige Abscesse bereits im Verlaufe von einem Monat zum Abschluss und zur Heilung gekommen sind (35, 37, 9, 11), hatten andere 6 Wochen und 2 Monate hierzu nöthig (3, 6, 7, 16, 26), wieder andere währten 3, 4, 7 und 8 Monate (8, 18, 35, 38), ja man hat sogar beobachtet, dass sie sich auf Jahre hinaus erstreckten, wie dieses aus den sub 19 und 20 erwähnten Fällen erwähnten Fällen ersichtlich. In manchen von den citirten Fällen wurde übrigens deshalb eine so lange Dauer hervorgerufen, weil man die spontane Eröffnung des Abscesses abwartete, oder weil man, wie es in Fall 19 geschah, nicht wusste, um was es sich denn eigentlich handelte. Andere Male kam es freilich erst allmälig zu bemerkbarer Fluctuation, um zur Incision die Indication zu geben.

In Bezug auf den Ausgang sind die entzündlichen Affectionen des submusculären Raumes von denen des prävesicalen auch nicht

verschieden; bei beiden haben wir einen solchen: 1) in Resorption und 2) in Eiterung anzunehmen.

Der Vorgang bei Resorption ist folgender: Die Allgemeinerscheinungen verschwinden allmälig; Schmerz und Fieber lassen nach, Stuhlverstopfung hebt sich; die Störungen der Blase nehmen mehr und mehr ab; die äussere, wie innere (Rectal- oder Vaginal-) Untersuchung finden den vorher gefühlten Tumor immer kleiner werden und allmälig verschwindet der Tumor, obwohl schon deutliche Fluctuation vorhanden war (10).

Bei Weitem häufiger, als der Ausgang in Resorption scheint der in Eiterung zu sein, gleichviel, ob bei submusculären oder prävesicalen Affectionen. Die vorher harte, entzündliche Geschwulst zeigt deutlich und deutlicher werdende Fluctuation; oft wird die Haut darüber heiss und geröthet; es zeigen sich geröthete verdünnte Hautstellen und der Abscess ist seinem spontanen Durchbruche nahe; um diese Zeit tritt manchmal noch ein Schüttelfrost auf (35). Ist der Abscess zu voller Reife gekommen, so erfolgt sein Durchbruch, und es ist besonders der prävesicale Abscess, der alle möglichen Wege sucht, um sich zu entleeren. Während sich der submusculäre Abscess gemäss seiner anatomischen Lage nur zwei Ausgangsthore, nämlich entweder durch das Peritoneum (9) oder durch die vordere Bauchwand brechen kann, hat der prävesicale ein viel weiteres Feld hierfür um sich. Neben seinem häufigen Ausgang durch die vordere Bauchwand unter dem Nabel (12, 22, 35) oder über der Symphyse, durchbricht er auch oft das Peritoneum (15, 28, 34); zuweilen nimmt er seinen Weg durch die Blase (31, 33) oder Urethra (41); auch die Vagina (22) und das Rectum (21, 24, 26, 28) müssen sich ihm öffnen. Oft bricht er an zwei Stellen gleichzeitig durch, so einmal zugleich durch Vagina und Nabel (22), ein ander Mal durch Peritoneum und Blase (34) und ein drittes Mal durch Symphyse und Nabelgegend (18).

Unter den von mir zusammengestellten 46 Fällen finde ich, soweit die Genauigkeit der mir zu Gebote stehenden Berichte es gestattete, 11 Todesfälle verzeichnet, von denen 6 der Perforativperitonitis (5, 15, 28, 31, 34, 44) und zwei der einfachen Peritonitis (29, 40) zuzurechnen sind, während den 3 übrigen (32, 45, 46) verschiedene, fernliegendere Ursachen zu Grunde lagen.

Diagnose.

Keineswegs ist die Diagnose von submusculären und prävesicalen Abscessen immer leicht zu stellen. In dem ersten Stadium der Krankheit kann sie gewöhnlich mit Sicherheit gar nicht gestellt werden; auch bei beginnender Geschwulstbildung ist sie zuweilen noch sehr schwierig.

Da sowohl Neuralgien (Enteralgia nervosa), Peritonitis, Darmkatarrhe, Blasenerkrankungen, Retentio urinae, als auch solide Tumoren, wie Fibrome, Sarkome u. s. w. ähnliche Symptome hervorrufen können, wie die von mir weiter oben angegebenen, so ist vor Allem grosses Gewicht auf die Differentialdiagnose zu legen.

Während bei Enteralgia nervosa zumeist der Schmerz in Intervallen, anfallsweise auftritt, dauern die Schmerzen bei unserer Krankheit continuirlich fort, und die Kranken können sich nicht damit erleichtern und helfen, dass sie den Leib mit den Händen stark comprimiren, um so den Schmerz zu vermindern, wie es bei Neuralgie des Darms der Fall ist. Im Gegentheil würde durch die Berührung nur noch grössere Schmerzhaftigkeit hervorgerufen werden. Ferner ist fast immer bei Bildung des Abscesses Temperatursteigerung und manchmal Brechneigung vorhanden; nicht so bei Enteralgia nervosa.

Die Peritonitis unterscheidet sich durch Schmerzhaftigkeit des ganzen Abdomens mit hohem Fieber, galligem, grasgrünem Erbrechen und schwerem Darniederlegen aller Kräfte vom Abscesse. Bei diesem sind die Schmerzen mehr circumscript, entsprechend der Stelle der Entzündung, von der aus sie in ihre Umgebung ausstrahlen. Das Erbrechen, wenn es überhaupt vorhanden ist, zeigt nicht die grasgrüne Farbe. Nur sehr selten beobachtet man so schwere Allgemeinerkrankung wie bei jener.

Die Symptome, welche die Enteritis begleiten, können oft ganz genau denen gleichen, die im Beginne unserer Affection auftreten, so dass es unmöglich wird, jetzt schon eine richtige Diagnose zu stellen. Diese bleibt deshalb noch in suspenso; der weitere Verlauf der Krankheit wird bald bestimmte Anhaltspunkte für die Richtigstellung derselben geben.

Sobald sich einmal ein Tumor mit mehr oder weniger deutlicher Begrenzung im Hypogastrium gebildet hat, und seine Existenz und

Consistenz durch combinirte (Palpation und Rectal- oder Vaginal-) Untersuchung festgestellt sind, so treten die Verwechslungen mit obigen Erkrankungen sofort aus dem Bereiche der Diagnose.

Anders verhält es sich mit den Störungen von Seiten der Blase. Die Schwierigkeiten beim Uriniren, wie sie sowohl im Beginne der Affection, als auch, und zwar in noch höherem Grade und mit noch grösserer Häufigkeit im späteren Verlaufe der Krankheit vorkommen, könnten an eine Erkrankung der Harnröhre oder der Blase denken lassen. Der Catheterismus, die Untersuchung des Urins und das Fortbestehen der Geschwulst trotz der Entleerung der Blase lassen diese Erkrankungen ausschliessen.

Doch hat die Aehnlichkeit der Geschwulst mit der ausgedehnten Blase zu Irrthümern geführt. Selbst Civiale konnte es begegnen, wie Bouilly (l. c. pag. 58) erzählt, dass er die ausgedehnte Blase für eine Abscesshöhle hielt und öffnete. Ich gebe den von Civiale selbst berichteten Fall hier kurz wieder.

Ein Greis mit einer Harnröhrenstrictur litt an vollständiger Retentio urinae. Es war ein urinöser Abscess am Perineum und eine bedeutende Geschwulst in der Regio hypogastrica vorhanden. Man hatte wiederholte Versuche gemacht, mit dem Katheter in die Harnröhre einzudringen. Der hypogastrische Tumor wurde für einen Abscess gehalten, man öffnete ihn; statt Eiter aber floss Urin heraus. Man suchte dann die Strictur zu beseitigen, indem man eine Sonde von innen (von der Blase) nach aussen einführte, jedoch ohne Erfolg. Am nächsten Tage wurde der perineale Abscess geöffnet; Ausfluss von Urin auf diesem Wege. Tod.

Obduction: Man constatirte, dass die vordere Blasenfläche an der Bauchwand in einer übergewöhnlichen Ausdehnung adhärent war. Die Blase war in ihren Wänden und im Zellgewebe stark verdickt.

Ferner berichtet Bouilly*) noch einen zweiten Fall, der eine Frau betraf, die man mit einer Ovariencyste behaftet glaubte. Der Tumor wurde punctirt, nachdem man, wie dies immer Morgens und Abends geschah, catheterisirt und ungefähr 100 Grm. Urin entleert hatte. Die Kranke collabirte schnell und nach ihrem Tode constatirte man: 1) Der Tumor war nichts Anderes, als die stark ausgedehnte Blase, die mit dem Peritoneum verwachsen war; 2) der Uterus enthielt einen Fötus im 4. Monat und noch zwei kleine Myome, die an der vorderen und oberen Partie des Uterus lagen.

Aus beiden Fällen ist zur Genüge ersichtlich, wie wichtig es

*) Bouilly, l. c. p. 58.

ist, hinsichtlich der Blase die Diagnose mit grösster Vorsicht und Genauigkeit zu stellen. Ist man seiner Sache nicht ganz gewiss und will man ungeahnte Zwischenfälle, die, wie in dem eben angeführten ersteren Falle, wo die Blase mit der vorderen Bauchwand verwachsen war, möglicherweise ja immer einmal zugegen sein können, vermeiden, so greife man — und das wäre stets anzurathen — zur Probepunction und überzeuge sich von dem Inhalt der Geschwulst. So kann die Diagnose sicher richtig gestellt werden.

Wie bei der Differentialdiagnose zwischen Blase und dem sich erst entwickelnden oder schon bestehenden, submusculären oder prävesicalen Abscess, ist auch bei Unterscheidung des letzteren von anderen, soliden Tumoren des Beckens und der vorderen Bauchwand die Rectal- oder Vaginaluntersuchung von ganz hervorragender Wichtigkeit. Sie wird in der Consistenz der Geschwulst, ihrer Lage und Ausdehnung wohl immer sichere Anhaltspunkte geben, aus denen sich erkennen lässt, womit man es zu thun hat. Ebenso kann als diagnostisch verwerthbar die Zeit, welche die Geschwulst zu ihrer Entwicklung braucht, in Betracht gezogen werden. Doch auch hier ist der Diagnostiker nicht vor Irrthümern gesichert, wie der sub 19 erwähnte Fall lebhaft beweist. — Getäuscht durch die Resistenz der vom Rectum aus gefühlten Geschwulst und ihrem langen, 3—4jährigen Bestehen, ohne eine Spur von Fluctuation zu zeigen, diagnosticirt man Osteosarcom und entlässt den Patienten als unheilbar aus dem Spital. Einige Zeit nachher öffnet sich auf Application einer Aetzpaste hin das vermeintliche Sarcom und entpuppt sich als prävesicaler Abscess, der vollständig zur Heilung kommt.

Einen noch interessanteren Fall, bei dem es sich umgekehrt verhielt, entnehme ich in kurzen Sätzen der Arbeit Bouilly's (l. c. pag. 69), der ihn selbst miterlebt hat. Es handelte sich, um es gleich zu sagen, um eine extrauterine Schwangerschaft, die man als prävesicalen Abscess ansprach.

Chap. Claudine, 30 Jahre alt, Dienstmagd, erkrankte nach ihrer dritten Entbindung vor 5 Jahren an heftigen Leibschmerzen, die nicht mehr völlig verschwanden. Bei ihrem Eintritte in's Spital Beaujon, am 3. April 1880, constatirte man einen kugelförmigen, beweglichen, festen Tumor von der Grösse eines Hühnereies, besonders im rechten Hypogastrium, das auch bei

Druck schmerzhaft war. Patientin war abgemagert, schwach, kraftlos, blass, es herrschte Stuhlverstopfung und Dysurie; kein Fieber. — Am 25. April vermehrter Schmerz und Verschlimmerung des Allgemeinbefindens. — 8. Mai: Der Tumor hatte zugenommen. — 8. Juli: Der Tumor begann am Nabel und reichte bis zur Symphyse; er lag mehr rechts als links von der Linea alba; Fossa iliaca frei; man bemerkte Fluctuation. — Diagnose: Prävesicaler Abscess. — Operation: Durchschneiden der Bauchdecken, parallel den Schenkelbogen. 3 Finger breit über der Symphyse; Ausfluss einer serösblutigen Flüssigkeit, kein Eiter; in der Wunde erschien der Kopf eines Fötus von 3—4 Monaten, der Inspirationsbewegungen machte. Placenta wurde nicht gefunden. Starker Blutverlust. — Am 5. Mai Nachts 3 Uhr Tod.

Obduction: Die Dünndarmschlingen waren durch ein serös-eiteriges Exsudat verklebt; Peritonitis acutissima. Man fand die Höhlung, in welcher der Fötus gelegen war. Sie war durch die mit Exsudat bedeckten Dünndarmschlingen unvollkommen von der übrigen Bauchhöhle abgeschlossen. Das grosse Netz war schwarz. Das kleine Becken war mit Blutgerinnseln und Gefässdetritus rechts bedeckt; das Peritoneum stark injicirt, zottig, voll blutiger Fetzen, wahrscheinlich die Placenta. Der Eierstock der rechten Seite war verschwunden; der Uterus vergrössert.

Es ist wohl nicht nöthig, Betreffs solcher Abscesse oder Tumoren, die an der hinteren Wand der Blase oder sonst wo im Becken ihren Sitz haben und ähnliche Erscheinungen zeigen, wie sie prävesicale Abscesse bieten, mich in weitere Erörterungen einzulassen. Sie können wohl ohne besondere Schwierigkeiten durch die Rectal- oder Vaginaluntersuchung erkannt und unterschieden werden.

Es erübrigt mir nun noch, die Differentialdiagnose zwischen den submusculären und prävesicalen Abscessen der Besprechung zu unterziehen.

Vor Allem unterscheiden sie sich, wie bereits bei den Symptomen angegeben, durch ihre Form. Während der submusculäre Abscess sich in der Weise repräsentirt, dass er sich eiförmig, mit der Spitze nach unten, zwischen Nabel und Symphyse ausbreitet und nicht in das Becken hinabsteigt, hat der prävesicale grösstentheils eine kugelförmige, die Gestalt des ausgedehnten Blasengrundes imitirende Form, eine mehr oder weniger grosse Ausdehnung über der Symphyse und steigt von da in das Becken hinab, wo man ihn durch die Rectaluntersuchung vor der Blase finden kann. Hier bewährt sich besonders zur genauen Differenzirung die Rectal- oder Vaginaluntersuchung. Immer wird man bei einem prävesicalen Abscesse per rectum die gesuchte Geschwulst nachweisen und ihre

Continuität mit dem über der Symphyse hervorragenden Tumor constatiren können. Bei den submusculären fühlt man vermöge ihrer hohen Lage die Geschwulst per rectum zumeist nicht. Wenn man in einigen Fällen von submusculärer Geschwulst diese per rectum dennoch fühlte, so lag das, wie ich sicher glaube, an der Art der Rectaluntersuchung, beziehungsweise an der Länge des untersuchenden Fingers.

Störungen von Seiten der Blase sind bei den submusculären Abscessen gar nicht oder nur in geringem Grade vorhanden, während sie bei den prävesicalen zumeist mit grösserer Intensität auftreten.

Wenn ich etwas länger bei Besprechung der Diagnose der fraglichen Affectionen verweilte, so geschah dies deshalb, weil die rechtzeitige Diagnose bei diesen Abscessbildungen ungemein wichtig ist. Manchem mit einer solchen Krankheit Behafteten kann das Leben gerettet werden, wenn rechtzeitig operativ eingegriffen, und so die tödtliche Perforation in die Bauchhöhle verhindert wird.

Prognose.

Die Prognose der submusculären Abscesse ist im Allgemeinen gut, wenn sie frühzeitig zur Beobachtung kommen und erkannt werden, so dass der operative Eingriff, im Falle keine Resorption eintritt, zeitig gemacht werden kann. Immerhin ist sie ernst wegen der Nähe des Peritoneums.

In Bezug auf die prävesicalen Abscesse möchte Dasselbe gelten, so lange sie nicht das Peritoneum in Mitleidenschaft ziehen. Obwohl sie ihren Weg bald durch das Rectum, bald durch die Vagina, bald durch die Urethra nahmen — es kam, wie wir gesehen haben, immer zu guter Heilung.

Kommt es zu einer Perforation in die Bauchhöhle, dann ist freilich die Prognose eine infaustissima, und der Exitus letalis sicher; doch lässt sich dies glücklicherweise bei richtiger Erkenntniss der Sachlage selten beobachten. Wenn in den 46 klinischen Fällen 11 Todesfälle zu verzeichnen sind, so war einestheils an diesen Schuld, dass man über die Diagnose im Unklaren war und deshalb nicht zu operativem Eingriff schritt (5, 15, 28), oder dass die Krankheit überhaupt erst zu spät zur Beobachtung kam (31),

anderentheils waren die Complicationen zu schwere, wie in dem sub 34 angeführten Falle, wo Blasensteine neben einer Durchbrechung der vorderen Blasenwand und Abscessbildung im prävesicalen Raume auch eine Perforation an der hinteren Wand in die Bauchhöhle geschaffen hatten und so an sich schon Ursache zum Tode waren In Fall 40 hatte vor Allem Peritonitis und Pericarditis nach einer Entbindung den Tod zur Folge, in Fall 46 eine Phlebitis der Umbilicalgefässe, während in Fall 45 nach einer Doppelfractur des Beckens, von der aus der prävesicale Abscess entstand, Pyämie den Tod herbeiführte. Bei den sub 32 und 44 angegebenen Fällen sind die Angaben zu ungenau, um eine bestimmte Todesursache finden zu können.

Behandlung.

Im ersten Stadium der Affection, d. h. in der Zeit, in welcher noch keine Geschwulst im Hypogastrium oder im Becken nachzuweisen ist, wird sich sowohl bei submusculären, als auch prävesicalen Abscessen die Therapie auf Bekämpfung des etwa vorhandenen Fiebers durch Antifebrilia, auf Linderung der Schmerzen durch Narcotica, auf Beseitigung der Erscheinungen von Seiten des Darmes und der Blase durch geeignete Mittel beschränken müssen.

Die eigentliche Behandlung der submusculären, wie der prävesicalen Abscesse beginnt erst mit Sichtbar- oder Fühlbarwerden der Geschwulst. Erfolgt nach Anwendung der bekannten Mittel nicht bald Resorption, so ist nach vorausgeschickter Probepunction die Incision in der Linea alba zu machen, wie wir dieses in unserem Falle beschrieben haben. Dann wird die Naht der Muskeln gemacht, zwischen Fascia transversa und Muskeln ein Drainrohr eingelegt und schliesslich die Haut mit Knopfnähten bis auf den oberen und unteren Wundwinkel vereinigt; darüber kommt dann am besten ein antiseptischer Dauerverband.

Aufmerksam gemacht durch die Ausgangsthore, die in den sich spontan eröffnenden prävesicalen Abscessen der Eiter nahm, nämlich durch die vordere Bauchwand und das Rectum oder die Vagina zugleich, und gestützt auf die günstigen Heilerfolge dieser spontanen, doppelten Ausflussöffnung, schlug Gillette*) bei Wei-

*) Gillette, Phlegmon suppuré du ligament large et du petit bassin. Union médicale. 1878. p. 362.

bern die Contrapunction durch die Vagina für prävesicale Abscesse vor und führte sie selbst aus. Er führte durch die Oeffnung des Abscesses im Hypogastrium einen grossen, gekrümmten Troicart von Chassaignac ein, den er in die Tiefe und nach links richtete, bis er auf den in den Fundus der Vagina eingeführten Finger stiess; er brauchte dann nur mit der Spitze des Troicarts vorzustossen, um in die Vagina einzudringen. Die Canüle des Troicarts liess er liegen, um eine Drainage einzuführen, deren eines Ende in der Bauchwunde, deren anderes in der Vulva lag.

Auch Gosselin machte die Contrapunction durch die Vagina und legte eine Drainage, um dem Eiter besseren Abfluss zu verschaffen, hatte aber das Unglück, die Blase zu verletzen; doch die Blasenscheidenfistel war nur vorübergehend und schloss sich von selbst (42).

Ein anderes Verfahren giebt Tillaux an, das ich hier wörtlich wiedergebe, wie es die Gazette des hôpitaux*) berichtet:

„Tillaux macht über der Linea alba eine 5—6 Ctm. lange verticale Incision, die durch Haut, subcutanes Zellgewebe geht; dabei ist eine Verletzung des Bauchfelles nicht zu befürchten, da das Peritoneum oben und hinten durch den im Zellgewebe des Cavum Retzii placirten Tumor zurückgedrängt ist.

Dies ist der erste Act der Operation; im zweiten führt der Chirurg einen langen, gekrümmten Troicart in das Vestibulum der Vulva ein, und zwar einige Centimeter über der Urethralmündung; dann stösst er den Troicart ein und lässt ihn zuerst unterhalb und dann hinter der Symphyse zwischen Schambein und vorderer Fläche der Blase bis zu der vorher gemachten Incision an der vorderen Bauchfläche weitergleiten; hierbei läuft kein wichtiges Organ Gefahr, verletzt zu werden. Der Troicart dringt vor der Harnröhre in eine Zellgewebslage ein, dann durchbricht er die mittlere Aponeurose des Peritoneums. Diese Region ist wenig gefässhaltig.

Vermittelst des Troicarts wird in die Wunde eine Drainage gelegt und die beiden Enden derselben vor dem Schambein vereinigt.

Nun kommt der dritte und letzte Akt. Eine in die Blase eingeführte Sonde zeigt durch den Ausfluss von Urin, dass der Troicart dieses Organ nicht verletzt hat.“

*) Gaz. des hôp. 1880. p. 321.

Tillaux zieht mit Recht seine Methode derjenigen Aran's vor; dieser führt einen langen Troicart in das hintere Scheidengewölbe ein, um ihn über dem Schambein wieder zu Tage treten zu lassen. Diese Methode ist nicht exact, da man zu leicht gesunde Organe verletzen kann.

Das Ziel, das sich Tillaux gesteckt, war dieses: eine Eiterung im Zellgewebe des Cavum Retzii hervorzurufen und so die Erweichung der erhärteten Masse zu erwirken. (Die Operation betraf nämlich eine Frau von 40 Jahren, die seit 15 Monaten eine Induration der vorderen Bauchwand vom Nabel bis zum Schambeine hatte, die nicht zur Fluctuation kommen wollte.) Wenn irgend ein eitriger Herd existirt, wie dies bei der Dicke der Induration möglich ist, so kann er sogleich durch diese Wunde ausfliessen.

Wenn irgend ein Chirurg diese Operation zu wiederholen beabsichtigen sollte, so machen wir ihn auf etwas aufmerksam, damit er die Blase nicht verletzt. Man muss nämlich daran denken, dass die sogenannte vordere Blasenwand eigentlich die untere ist. Das Becken ist viel mehr geneigt, als man gewöhnlich glaubt und die Symphyse hat eine Stellung, die sich der horizontalen nähert. Man muss also den Troicart, sobald er unter der Symphyse angekommen ist und sich um den unteren Rand derselben herumgewunden hat, fast direct nach vorne führen.

Ferner ist noch wichtig: Sobald der Troicart ein wenig hinter der Symphyse eingedrungen ist, behält man nur die Röhre des Troicarts bei und stösst diese bis zum Grunde der früher gemachten Abdominalöffnung durch. Da das prävesicale Zellgewebe sehr lax ist, so kann die Röhre mit Leichtigkeit durchdringen, und man ist sicher, dass man die Blase nicht verletzt".

Wie Tillaux diese Operation ausführte, um eine harte Geschwulst zur Erweichung und Eiterung zu bringen, so kann man ohne Zweifel mit demselben guten Erfolge auch zu dieser Operationsmethode greifen, wenn es sich um einen schon in Eiterung übergegangenen Tumor, einen Abscess, handelt, der in dieser Gegend liegt.

Ob die von Gilette oder die von Tillaux vorgeschlagene Methode die bessere ist, wage ich nicht zu entscheiden, wenngleich die von Tillaux empfohlene mir weniger dazu angethan zu sein

scheint, benachbarte Theile, vor Allem die Blase zu verletzen und so unangenehme Complicationen zu schaffen. Jedenfalls haben beide Methoden das Gute gemeinsam, dass durch sie eine Contrapunction geschaffen wird, die durch Förderung des ungestörten Eiterabflusses von wesentlichem Vortheil für die Dauer und den Verlauf der Krankheit ist.

Uebrigens scheint es nach den Erfahrungen, welche man in den letzten Jahren bei der Sectio alta gemacht hat, nicht nöthig, eine in diesen Fällen immerhin für die Antisepsis ungünstig liegende Gegenöffnung anzulegen. Durch Einlegen eines langen Drainrohres bei gleichzeitiger Bauch- oder auch nur seitlicher Lage mit erhöhtem Becken, wird man den Eiterabfluss durch die Incision über der Symphyse sichern können.

Klinische Fälle.

A. Submusculäre Abscesse.

1. Pauzat (Contribution à l'étude de la région prévésicale et des phlegmons, dont elle est le siège. Gaz. méd. 1880. No. 44. p. 527.): T. Victor, 22 J., Dragoner. von kräftigem Körperbau, war früher weder mit Affectionen der Verdauungswege, noch mit Erkrankung des Urogenitalapparates behaftet. In seiner früheren Stellung als Knecht hatte er schon viel reiten müssen; kurz nach seinem Eintritte in's Militär fühlte er während der Uebungen zu Pferde und beim Turnen Schmerzen im Unterleibe. — Am 13. Decbr. 1879 trat er in's Spital ein. Man bemerkte eine Anschwellung über dem Schambeine. die 7 Ctm. emporstieg und deren Breite mit den Rändern der geraden Bauchmuskeln zusammenfiel. Von Seiten der Blase oder Urethra waren keine Störungen vorhanden. — Beim Touchiren per rectum fühlte man eine gesunde, normale Prostata, und über der Blase Härte und Resistenz. Kolik, Diarrhöen, Verstopfungen waren nicht vorhanden; Inguinaldrüsen nicht geschwellt; kein Fieber; Appetit ausgezeichnet. — Es wurden Umschläge verordnet. Seit 18. Febr. bestand Fieber bis zu 39°; die Schmerzen im Unterleibe wurden stärker; es traten Kolik und Diarrhoe auf. Die Geschwulst erlangte allmälig eine Höhe von 12 Ctm. und eine Breite von 18 Ctm., von denen 10,5 Ctm. auf die linke Seite von der Linea alba trafen. Es zeigte sich centrale Fluctuation. — Am 29. Febr. machte man in der Mittellinie, 7 Ctm. unter dem Nabel, eine 4 Ctm. lange Incision. Ausfluss eines schwärzlichen, blutigen Eiters. — Am 15. März war die vollständige Heilung erfolgt.

2. Bouilly (Les tumeurs aïgues et chroniques de la cavité de Retzius. Obs. IX. p. 85.): V. Rion, 31 J., wurde am 3. März 1862 im Spital Necker wegen eines mässigen. typhoiden Fiebers aufgenommen. Während des Ab-

falles desselben klagte Pat. über Schmerzen im Hypogastrium und schweres Harnlassen. Man bemerkte eine fluctuirende Geschwulst in dieser Gegend und stellte, nachdem durch den Catheterismus eine Retentio urinae ausgeschlossen werden konnte, die Diagnose auf Abscess des Cavum praeperitoneale. Die Schenkel des Kranken waren halb gebeugt; per rectum erhielt man das Gefühl eines Tumors. — Am 8. April wurde eine verticale, 4—5 Ctm. von der Symphyse entfernte Incision über der Linea alba gemacht. Ausfluss eines dicken, stinkenden Eiters. Die in die Abscesshöhle eingeführte Sonde drang seitwärts tief ein, nach unten aber gegen die Symphyse und nach oben gegen den Nabel zu nur 5 Ctm. weit. Der vom Rectum aus gefühlte Tumor war mit dem Ausflusse des Eiters verschwunden. Es wurden Drainröhren eingelegt; die Eiterung sistirte allmälig und die am 6. Juni nochmals cauterisirte Wunde schloss sich nach und nach.

3. Labuze (Des abcès développés dans la gaine des muscles grands droits de l'abdomen. Thèse. Paris 1871. Obs. VI. p. 40.): Boucher trat am 28. Decbr. 1870, mit einem Praeputial- und Urethraltripper und mässigen Darmblattern (Dothiénentérie) behaftet, im Spital Cochin ein. — Die Krankheit verlief regelmässig. Am 20. Jan. klagte Pat. über Schmerzen im Unterleibe. Man constatirte eine Handbreite, über der Symphyse sich ausbreitende Geschwulst links von der Mittellinie. Der Katheter schloss eine Verwechselung mit Retentio urinae aus. Auf Application von Kataplasmen und Vesicatoren hin wurde die Geschwulst deutlicher hervortretend; sie liess sich leicht in der Quere verschieben. — Am 28. Febr. $1^1/_2$ Ctm. tiefe Incision; Ausfluss eines dicken, blutuntermischten Eiters (ein Esslöffel voll). Die Wunde schloss sich schnell und liess an Stelle des Abscesses eine Induration zurück. — Am 31. März vollständige Heilung.

4. Labuze (l. c. Obs. IV. p. 37.): Henri Guyot, 24 J., Strumpfwirker, trat am 31. März 1871 in's Spital Beaujon ein, als Reconvalescent eines vor 3 Wochen überstandenen typhoiden Fiebers. — Seit 8 Tagen hatte Patient stechende Schmerzen im Unterleibe und bei seinem Eintritte in's Spital bemerkte man einen Tumor von ovaler Form in der Mitte des Hypogastriums; seine Basis stand 1 Querfinger breit unter dem Nabel und seine Spitze reichte bis auf 2 Querfinger breit bis zur Symphyse herab. — Man dachte an Retentio urinae, der Katheter aber ergab ein negatives Resultat. An einzelnen Stellen war die Haut über dem Tumor geröthet und seitwärts verschiebbar; an der Spitze desselben war Oedem vorhanden; in der Mitte zeigte sich Fluctuation, aber gegen die Peripherie zu war der Tumor hart und elastisch. Bei Contraction der geraden Bauchmuskeln trat der Tumor deutlicher hervor, bei Erschlaffung derselben liess er sich seitlich verschieben. — Diagnose: Abscess der Rectusscheide. — Incision und Ausfluss eines mit dicken Blutklumpen gemischten flüssigen Eiters. Unter dem Mikroskope erkannte man Muskelfasern. Bei Untersuchung der Abscesshöhle mit dem Finger fand man das Muskelgewebe zerrissen und eine weite Höhle in der vorderen, verdickten Bauchwand. — Am 11. Mai war die Wunde bereits schon vernarbt und vollständige Heilung eingetreten.

5. Wenzel Gruber (Ueber Abscesse im Cavum praeperitoneale Retzii. Virchow's Arch. für Pathologie und klin. Medicin. Bd. XXIV. 1862. S. 182.). Vergl. S. 867.

6. Arnould (Remarques sur les phlegmons souspéritonéaux. Gaz. méd. 1877. p. 501.): Ein junger Soldat, der 8 Tage lang an Kolik und Verstopfung litt, bekam unter Fieber, Empfindlichkeit und Aufgetriebensein der ganzen Nabelgegend eine 4 Ctm. unter dem Nabel beginnende, bis zur Symphyse reichende Geschwulst, der stark ausgedehnten Blase an Gestalt und Lage nicht unähnlich; sie hatte die Form eines unregelmässigen Dreieckes, dessen Basis oben 3 Ctm. links von der Linea alba sich ausdehnte und dessen Spitze unten 7—8 Ctm. von der Linea alba nach dem Poupart'schen Bande zuschaute und dort sich allmälig verlor. Gegen Ende der Krankheit waren leichte Störungen beim Wasserlassen vorhanden. — Bemerk. d. Verf.: Ausgang nicht angegeben; wie es scheint, trat Resorption ein.

7. (Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. 26. Oct. 1877. p. 277.) Jules Delmas, 27 J., Dragoner, trat am 2. Septbr. wegen Schmerzen im Unterleibe mit Verstopfung in Val-de-Grâce ein. Die Extremitäten des Pat. waren kalt, das Gesicht verstimmt, der Puls klein und frequent. Druck auf die Regio hypogastrica rief besonders rechterseits Schmerz hervor. Es bestand noch keine Erkrankung der Blase, Urethra oder der Hoden. Ein Trauma fand nicht statt; auch war keine Hernie vorhanden. — Am 4. Sept. erbrach Pat. 2 Würmer, ebenso gingen am 9. Sept. Würmer ab. — Am 12. Sept. constatirte man einen Tumor zu beiden Seiten der Linea alba über der Symphyse, etwas mehr links, als rechts ausgebreitet. Eine Prostatahypertrophie war nicht wahrzunehmen. Man applicirte Kataplasmen. — Von Seiten der Blase waren keine Störungen vorhanden; neben der Blase fühlte man eine teigartige Geschwulst. — 15. Sept.: Die Temperatur sank; es trat rasche Besserung ein. Langsam wurde der Tumor resorbirt. — Am 12. Oct. trat Pat. aus dem Spitale aus; man fühlte noch eine tiefliegende Induration im Hypogastrium, aber Schmerz und Functionsstörungen existirten nicht mehr.

8. Fall von Maas, Würzburg. Vergl. S. 871.

9. Gérardin (Recherches sur la cavité prépéritonéale de Retzius et sur son inflammation. Obs. IV. p. 56.): Charles Chapelain, 11 J. alt, bemerkte unter Unbehaglichkeit, Fieber und Appetitlosigkeit einen äusserst intensiven Schmerz in der Regio hypogastrica auftreten, der sich mit der geringsten Anstrengung, bei Husten, Inspiration, steigerte und sich bald über das ganze Abdomen ausbreitete. Pat. trat deshalb am 26. Oct. 1875 in das Spital Sainte-Eugénie ein. — Man constatirte einen sich vom Nabel bis zur Symphyse erstreckenden Tumor, der die Linea alba links um 5 Ctm. überschritt und rechts einerseits bis zur Crista ossis ilei, andererseits bis zum Lig. Poupart. reichte. Härte, Resistenz, etwas Fluctuation. Die Untersuchung war äusserst schmerzhaft. Die Form glich derjenigen der Blase in stark ausgedehntem Zustande. Färbung der Haut normal, keine Röthung, kein Oedem. Die Untersuchung per rectum ergab keine Anhaltspunkte. Ursache der Entzündung unbekannt. Man verordnete Bettruhe und Kataplasmen. — Dia-

gnose: Phlegmon souspéritonéal de la paroi abdominale antérieure. — Am 28. Oct. zeigte sich Fluctuation und eine kleine rothe Stelle von der Grösse eines 50-Pfennigstückes unter dem Nabel, die sich am nächsten Tage vergrösserte und prominirte. Die spontane Eröffnung schien bevorzustehen. — Am 29. Octbr. Incision mit dem Bistouri und Entleerung einer bedeutenden Quantität eines blutuntermischten, stark riechenden Eiters. Eine in die Abscesshöhle eingeführte Sonde fand nur einen Weg 4 Ctm. nach oben, nicht aber nach den Seiten und nach unten. — Am 11. Nov. Schluss der Wunde und vollständige Heilung.

10. Fernet (Bulletins et mémoires de la Société méd. 1877. p. 278.) erzählt: Vor einigen Monaten beobachtete ich im Spital Saint-Antoine folgenden Fall: Ein junger Mann von 18 Jahren beklagte sich über starke Schmerzen im Hypogastrium. Daneben bestand ein schmerzhafter Tumor in derselben Gegend. Man konnte an die durch Urin ausgedehnte Blase denken. Dem war aber nicht so; denn der Katheter ergab ein negatives Resultat. Bei Untersuchung per rectum hatte man ein ziemlich gutes Fluctuationsgefühl. — Ich applicirte Antiphlogistica und nach 3 Wochen war der offenbar eiterige Abscess geheilt. Es blieb nur eine leichte Induration zurück. Ich glaubte einen Irrthum in der Diagnose begangen zu haben, aber ich sehe, dass dem nicht so war. Es handelte sich in meinem Falle um einen Abscess im Cavum praevesicale Retzii. Ich füge noch hinzu, dass der Eiter nicht durch eine natürliche Oeffnung entwich. Die Stühle waren seit einiger Zeit schleimig.

Bemerk. d. Verf.: In diesem Falle sind die Angaben zu ungenau, als dass man recht entscheiden könnte, ob ich ihm hier den rechten Platz angewiesen habe oder nicht. Ich kann mich schon seines Ausganges wegen nicht des Gedankens erwehren, dass es sich vielmehr um einen submusculären, als prävesicalen Abscess handelte.

11. Labuze (l. c. Obs. I. p. 20.): Jean Louton, 27 J., Kellner, trat am 3. April 1861 in's Spital Charité ein. Vor 2 Monaten hatte Patient eine Blennorrhoe, die in 30 Tagen geheilt war. Störungen beim Uriniren waren nicht vorhanden. Vor 8 Tagen wurde er von starker Kolik befallen, ohne dafür eine Ursache zu finden. Es bildete sich ein schmerzhafter Tumor in der Regio hypogastrica zwischen Nabel und Schambein. Röthe und Hitze der Haut, gedämpfter Percussionsschall. Seitwärts war die Geschwulst beweglich und schien mit der Haut in Verbindung zu stehen. Häufiges Uriniren, mit mässigem Tenesmus verbunden. Eine Strictur war nicht vorhanden. Der Urin war normal. Belegte Zunge, Appetitlosigkeit, etwas Uebelkeit, kein Erbrechen, Stühle normal; ebenso der Puls. — Application von Schröpfköpfen und Kataplasmen. — Am 31. April fluctuirte der Tumor. Incision und Entleerung beträchtlicher Eitermengen (pus bonum et laudabile). — Nach 8 Tagen war vollständige Heilung erfolgt.

12. Bouilly (l. c. Obs. XXX. p. 120.): Eine 22jähr. Frau bemerkte 12 Tage nach ihrer ersten, schweren Entbindung unter Fieber eine Anschwellung der Regio hypogastrica, die sich gegen die rechte Seite hin ausdehnte; gleichzeitig war eine Schwellung des Schenkels vorhanden. Der sich selbst

überlassene Tumor öffnete sich unterhalb des Nabels. Die eingeführte Sonde stiess auf die Symphyse. — Contraincision an der Symphyse. Heilung.

13. Mauquest de la Motte (Traité de chirurgie; édit. de Sabatier. T. I. Obs. L. p. 205.): Im April 1697 wurde ein Soldat in's Spital gebracht, der an Schmerzen, die sich über die ganze Bauchfläche hin ausdehnten, litt, an Schmerzen, die so stark waren, dass er kaum sein Hemd darüber leiden konnte. Da der Schmerz ohne Unterbrechung fortdauerte, suchte ich seine Ursache aus einer allgemeinen Entzündung, sowohl der Baucheingeweide, als auch der Bauchdecken zu erklären. Da aber die Bauchdecken den geringsten Theil daran zu haben schienen, so behandelte ich diese arge Krankheit mit einem Aderlass, den ich einige Tage nachher wiederholte; ausserdem noch mit einem Decoctum emolliens et resolvens. Von diesem liess ich ihm täglich ein Klystier geben, und eine in dieses Decoct eingetauchte Leinwand wurde, so warm der Kranke es vertragen konnte, auf den ganzen Bauch gelegt. Dies wurde unaufhörlich erneuert, sobald das Decoct kühl oder der Lappen trocken wurde. Diese Heilmittel wandte ich ohne zu wechseln 10 Tage lang an, wiewohl die Schmerzen excessiv und unerträglich wurden. Nach dieser Zeit nahm ich einen kleinen Tumor wahr, der sich eben im oberen, seitlichen Theile der Regio hypogastrica und zwar rechts entwickelte. Er zeigte etwas Röthung, auf die ich ein die Eiterung beförderndes Mittel legte, das ich bis zum anderen Morgen liegen liess. An diesem bemerkte ich eine Undulation, die mir sagte, was ich zu thun hatte. Sobald ich meine Instrumente bereit hatte, fasste ich auf der einen Seite die Haut, mein Diener auf der anderen, und dann schnitt ich mit dem Bistouri genau all' Das durch, was ich gefasst hatte. Diese Incision ging bis zur gemeinsamen Scheide der Muskeln (Recti), die ich mit aller möglichen Vorsicht öffnete, und zwar bis zum Peritoneum, das ich auch bemerkte (?). Durch die Oeffnung desselben (Peritoneum?) ergoss sich eine überraschende Menge Eiter. Ich liess so viel ausfliessen, als mochte, und beförderte sogar den Ausfluss durch leisen Druck auf den Bauch. Dann legte ich einen Verband in der Weise an, dass der Eiter möglichst reichlich und gut ausfliessen konnte. 6—8 Tage befand sich der Kranke sehr schlecht, darauf aber trat Besserung ein und in einem Monat erlangte er seine volle Gesundheit wieder, und ich gab ihn seinem Regimente zurück.

14. Labuze (l. c. Obs. V. p. 39.): Clementine Mahé, 25 J. alt, Dienstmagd, trat am 13. Mai 1870 in's Spital Beaujon ein. Pat. hatte vor drei Wochen ein typhoides Fieber mit günstigem Verlaufe überstanden und bemerkte schon am 3. Tage ihrer Reconvalescenz unter Leibschmerzen, die aus der Tiefe zu kommen schienen, das Auftreten eines Tumors in der Regio hypogastrica. — Bei ihrem Eintritte in's Spital war Pat sehr schwach, hatte aber kein Fieber und auch keine Schwierigkeiten beim Uriniren. Der Tumor reichte vom Nabel bis einige Centimeter über das Schambein, war halbkugelig hervorspringend, hart und schmerzhaft auf Druck; er lag symmetrisch zu beiden Seiten der Linea alba. — Man constatirte Fluctuation und eröffnete am 14. Mai den Abscess. Es ergoss sich eine bedeutende Quantität Eiter. — 24. Mai: Unter geeigneter Behandlung war die Wunde fast schon geschlossen und die Heilung schien sehr nahe bevorzustehen.

15. Gérardin (l. c. Obs. XIV. p. 71.): Im Jahre 1861 beobachtete Const. Paul im Spital Necker ein Mädchen mit einem Tumor im Hypogastrium. Nach Form und Aussehen der Blase gleich, hielt er den Tumor für diese im ausgedehnten Zustande. Der Catheterismus zeigte, dass diese vollständig frei war. — Der Tumor brach in die Bauchhöhle durch und die Kranke starb an Peritonitis.

16. Gérardin (l. c. Obs. I. p. 53.): J. S., 12 J. alt, hatte früher eine schwere Dysenterie überstanden und litt nun seit 3 Jahren an vorübergehenden, sehr heftigen Kolikanfällen. Am 16. Nov. 1878 endigte ein solcher Anfall mit Fieber. Die Schmerzen nahmen eine bestimmte Stelle im Unterleibe an. Das Wasserlassen war etwas schmerzhaft. — Am 29. Nov. constatirte man einen Tumor in der Regio hypogastrica, der die Form einer Kugel repräsentirte und 4 Querfinger breit über der Symphyse emporstieg. — Die Untersuchung per rectum ergab die Anwesenheit einer harten, rundlichen Geschwulst über der Prostata, etwas mehr nach links, als nach rechts sich erstreckend. — Am 10. Dec. war der Tumor bereits kleiner. Nach einigen Schwankungen im Befinden des Patienten trat wirklich Besserung ein. Der Nachweis eines Tumors per rectum gelang nicht mehr. — Am 17. Jan. war der Tumor resorbirt.

17. Castaneda y Campos (Phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius. Thèse Paris 1879. Obs. XVII. p. 62.): Guyon beobachtete einen Kranken mit scheinbarer Retentio urinae. Es war eine bedeutende Anschwellung in der ganzen Regio hypogastrica vorhanden. Das Wasserlassen war schmerzhaft. Der Katheter entleerte wenig Urin und der Tumor blieb bestehen. — Trotz verabreichter Resorptionsmittel kam es zur Eiterung und der Kranke starb schnell unter den Zeichen der Peritonitis.

Bemerk. d. Verf.: Der Fall ist dunkel, zumal die Obduction keinen Aufschluss giebt.

B. Prävesicale Abscesse.

a) Idiopathische.

18. Boyer (Malad. chirurg. T. IX. p. 50.): Eine Frau von 26 Jahren fiel im 2. Schwangerschaftsmonate aus einer Höhe von 6 Fuss herab. Erst nach Verlauf von 6 Wochen fühlte sie lebhafte Schmerzen in der Regio hypogastrica und der Blase. Dazu kam Retentio urinae. Bald bildeten sich zwei Abscesse, der eine am Nabel, der andere über der Symphyse. Diese öffneten sich und aus der zurückbleibenden Fistel entleerte sich während der ganzen Schwangerschaft auch Urin, und noch 6 Wochen nach ihrer Entbindung. — Dann schloss sich die Fistel. Der Urin nahm seinen normalen Weg durch die Harnröhre und es erfolgte vollständige Heilung.

19. Gérardin (l. c. Obs. XVIII. p. 75.): V., 28 J. alt, Ingenieur, war im Kriege 1870 71 durch eine Kugel, die vom Gesäss aus in's Becken eindrang und in diesem sich verlor, verwundet worden. Trotzdem die Kugel nicht extrahirt werden konnte, trat volle Heilung ein. Drei Jahre später that

Pat. einen Fall und bemerkte von da ab das Entstehen eines Tumors über der Symphyse, der innerhalb dreier Jahre eine ziemliche Ausdehnung erlangte. Er trat deshalb im Jahre 1877 in ein Hospital in Paris ein und man diagnosticirte, getäuscht durch die grosse, stetige Resistenz und das langsame Wachsthum des Tumors, der zuletzt das ganze Becken einnahm, ein Osteosarkom des kleinen Beckens. — Der Kranke verliess das Spital als unheilbar und in seiner Heimath eröffnete ein Arzt den Tumor durch Application einer Aetzpaste, worauf sich 3 Liter Eiter entleerten. Es blieb eine Fistel auf der Linea alba zurück, die sich allmälig schloss. — Die Kugel kam auch jetzt nicht, trotz Extractionsversuche, zum Vorschein. Heilung.

20. Ch. Frasey (Étude sur les fistules vésico-cutanées hypogastriques. Thèse. 1877. Obs. XI. p. 33.): Patient, 20 J., von kräftiger Constitution, erlitt in seinem 17. Jahre einen heftigen Stoss durch eine Wagendeichsel in die Regio hypogastrica. In Folge dieser Contusion entstand unter Leibschmerzen, Erbrechen und Diarrhöen mit mässigem Fieber ein Tumor in der vorderen Bauchwand. Dieser wurde durch mehrere Incisionen geöffnet, wobei viel Eiter hervorströmte. Der Allgemeinzustand des Kranken wurde aber schlimmer und nöthigte ihn, in das Spital Pitié im Octbr. 1875 einzutreten. Die von den früheren Incisionen zurückgebliebenen Fisteln wurden bedeutend erweitert; dabei strömte während der Durchtrennung der Adhäsionen der Blase mit der vorderen Bauchwand Urin hervor. Die Blase wurde sofort durch eine Naht geschlossen und unter guter Pflege trat Heilung ein. Am 17. Februar verliess Pat. das Spital.

21. Pauzat (l. c. No. 36. p. 426.): X., aus Sizilien, 24 Jahre alt, Schlosser, von kräftiger Constitution, klagte seit 2 Jahren über beständige Verstopfung. Im Juli und August 1881 musste Pat. 4 Wochen lang das Bett hüten und schien nach seinen Angaben — schmerzhafte Schwellung über dem Schambeine, sehr häufiges Uriniren, Entleerung von Eiter durch den Anus — schon damals einen prävesicalen Abscess mit Entleerung per rectum gehabt zu haben. — Am 8. Aug. 1882 erkrankte Pat. an Perityphlitis und im Anschlusse daran entwickelte sich eine bedeutende Schwellung über dem Schambeine, die an die ausgedehnte Blase erinnerte. Sie hatte eine Höhe von 8 Ctm. über dem Schambeine und eine Breite von 13 Ctm. Die Geschwulst schien sich in das kleine Becken fortzusetzen. Der rechte Rand und die ganze Gegend der Fossa iliaca rechterseits waren verdickt. Röthung der Haut, Oedem, Fluctuation waren nicht vorhanden. Blase, Urethra und Prostata boten nichts Abnormes; über letzterer fühlte man per rectum eine Geschwulst, die mit der hypogastrischen ein Ganzes bildete. Kolik war nicht vorhanden, nur ein dumpfer, drückender Schmerz im Unterleibe und hin und wieder etwas Fieber, häufige Harnentleerungen, bis zu 16 in 24 Stunden. — Am 29. und 31. Aug. bemerkte man zunehmende Erweichung der Geschwulst rechts von der Mittellinie, leichte Röthung der Haut, leichtes Fieber, 23 Harnentleerungen. — Diagnose: Prävesicaler Abscess. — Am 4. Sept. eröffnete sich der Abscess spontan per rectum. Der Eiter war gelb-grau, phlegmonös, leicht riechend. Am 26. Septbr. vollständige Heilung; per rectum war noch eine Verhärtung zu fühlen.

22. Bouilly (l. c. Obs. XII. p. 89.): Rosalie P., 8 J. alt, bekam Ende Juli kolikartige Leibschmerzen mit Erbrechen. Es zeigten sich fieberhafte Erscheinungen. Man bemerkte alsbald in der Umgebung des Nabels eine Geschwulst. Die Haut war geröthet und entzündet. — Am 6. Aug. erfolgte die spontane Eröffnung des Tumors durch die Vagina. Es ergoss sich eine Menge schlechtriechenden Eiters. Damit sank die Geschwulst am Bauche ein. Einige Tage später entstand eine zweite Fistel am Nabel. — Am 26. Octbr. wurde Pat. in's Spital aufgenommen und man diagnosticirte einen acuten, subaponeurotischen Abscess im Cavum Retzii. — Man verordnete Schierlingssalbe mit Jodkali, Leberthran. Jodtinctur. Die Scheidenfistel schloss sich und der Tumor schwand mehr und mehr; allmälig schloss sich auch die Fistel am Nabel und die kleine Patientin wurde ihrer Familie am 23. October geheilt zurückgegeben.

23. Vallin (Société médicale des hôpitaux. 26. Oct. 1877. p. 271.): X., 25 Jahre, Pharmazeut, erfreute sich stets guter Gesundheit. Nach einer reichlichen Mahlzeit befiel den Pat. im Mai 1871 Indigestion mit Magenschmerzen. Die Schmerzen im Hypogastrium wurden unerträglich. Fieber bis 39,6 ^{0}, Uebelkeit, Erbrechen. Patient hatte das Gefühl von Völle und Schwere in der Rectalgegend, schmerzlichen Stuhlgang, Schwierigkeiten beim Uriniren. — Am 3. Juni nahm Fieber und Schmerz zu; dazu kam unwillkürlicher Stuhl- und Harnzwang. — Man fand einen Tumor von 7—8 Ctm. Ausdehnung über der Symphyse; rechts überschritt er die Linea alba um 3 bis 4 Ctm., links um 10 Ctm. Die Haut hatte ihre normale Färbung; weder tiefe Fluctuation, noch oberflächliches Oedem waren vorhanden. Die Untersuchung per Rectum liess eine Geschwulst hinter einer normalen Prostata constatiren. Die Geschwulst war sehr ausgedehnt, so dass sie den ganzen Grund des kleinen Beckens einnahm. — Nie war Urethritis, Orchitis oder Empfindlichkeit des Samenstranges vorhanden. Die Fossae iliacae waren normal und nicht schmerzhaft. Die Bauchdecken zeigten keine Spur eines Trauma. — Am 6. Mai wurden dem Patienten 17 Blutegel an die Regio hypogastrica applicirt. Er fühlte sich erleichtert. Schmerz und Erbrechen waren nicht mehr da, leichtes Fieber. Harnlassen war normal. Diarrhöen und unfreiwillige Kothentleerungen währten bis zum 9. Mai. Die Besserung schritt fort. Der hypogastrische Tumor überragte die Symphyse nunmehr um 5 Ctm. In Stuhl und Urin war nie Eiter. — Am 2. Juli war vollständige Heilung durch Resorption eingetreten.

24. Gérardin (l. c. Obs. XVII. p. 74.): M. D., Neuropath, litt seit langem an Dyspepsie, Gastralgie, an oft sehr heftigen Anfällen von Kolik. Der Schmerz lag im rechten Hypochondrium, aber es waren kein Icterus und keine kiesigen Entleerungen vorhanden, so dass man nicht auf Leber- oder Nierenkolik schliessen konnte. Alle 2—3 Monate kehrte der Zustand wieder. — Im September 1878 hatte Patient wieder einen furchtbaren Anfall von Kolik. Der Schmerz strömte von oben nach dem Unterleibe zu aus. — Am 10. Januar constatirte man in der Höhe der Blase eine abgerundete Schwellung, ähnlich der durch Urin ausgedehnten Blase. Der Catheter entleerte wenig Urin, aber der Tumor blieb bestehen. Die Rectaluntersuchung ergab eine

kugelige Hervorwölbung, die derjenigen über der Symphyse entsprach. — Mässiges Fieber mit abendlicher Exacerbation und Schmerz. Der Kranke wurde von Diarrhöen befallen und entleerte ungefähr 2 Esslöffel voll Schleim und Eiter — offenbar spontane Eröffnung des Abscesses per Rectum. Vor dieser herrschte Tenesmus und Constipation. — Schnelle Heilung. Der Tumor über Symphyse und Rectum verschwand vollständig.

25. Castaneda y Campos (l. c. Obs. VIII. p. 45.): M. X., Kutscher, kam wegen Retentio urinae ins Spital. Er gab an, schon 6 Wochen krank zu sein. Er litt an heftigen Schmerzen im unteren Theile des Hypogastriums, Brechen und bedeutenden Schwierigkeiten beim Uriniren. Fieber war nicht vorhanden. Der Bauch war mässig aufgetrieben, aber nicht sehr schmerzhaft. Mit Leichtigkeit bemerkte man in der Regio hypogastrica einen Tumor, der ziemlich hart war und der ausgedehnten Blase glich. Die Untersuchung per rectum liess diesen Tumor wieder erkennen. Der Catheterismus schloss eine Retentio urinae aus. — Nichts liess eine nahebevorstehende Eiterung erwarten; man suchte deshalb die Resorption durch Vesicatoren und Cataplasmen und Bettruhe zu erwirken, und in einem Monat war der Tumor resorbirt.

26. Castaneda y Campos (l. c. Obs. XVI. p. 60.): Ein Mädchen in den zwanziger Jahren wurde am 26. Juli 1872 von Fieber befallen, das mit schwerem Uriniren einherging. Man fand genau in der Gegend der Blase einen Tumor. Der Catheter liess keinen Zweifel übrig, dass man es nicht mit der Blase, sondern mit einem wirklichen Tumor zu thun hatte. Derselbe erhob sich fast bis zum Nabel, gab dumpfen Percussionsschall, und das Gefühl von zweifelhafter Fluctuation. Die Untersuchung per Rectum liess einen Tumor fühlen, der die ganze Blasengegend einnahm, so dass man glauben konnte, die gefüllte Blase vor sich zu haben. Auch die Vaginaluntersuchung zeigte dies. — Man hatte ohne Zweifel einen Abscess im Cavum Retzii. — Der Eiter brach per rectum durch. Am 31. August sistirte die Eiterung aus dem Anus. — Am 3. October wurde die Kranke aus dem Spitale entlassen.

27. Bouilly (l. c. Obs. XXII. p. 98): Ein sonst gesundes Kind beklagte sich seit 8 Tagen zum ersten Mal über Schmerzen im Bauch, die es an das Bett fesselten. — Am 21. März: Aengstlicher Ausdruck im Gesicht, Cyanose, Fieber bis 39,8°. Der Bauch war ungleichmässig ausgedehnt, besonders links von der Linea alba, wo auch der Schmerz am intensivsten war. Bei der Palpation fühlte man eine Schwellung und Verhärtung des ganzen Hypogastriums, die sich zur linken Weiche hin fortsetzten. Die Haut über der Geschwulst war verschiebbar und abzuheben. Der Catheterismus liess keine Abnahme der Geschwulst erkennen. Die Rectaluntersuchung wies einen Tumor in der Höhe der Excavatio vesicorectalis nach. — Diagnose: Prävesicaler Abscess. — Man behandelte diesen mit Blutegeln, Clystieren, Belladonna, Mercurialeinreibungen, Cataplasmen etc. etc. — Am 19. April: Allmälig trat Besserung und Abnahme der Schmerzen und des Tumors bis zur vollständigen Resorption ein.

28. Wenzel Gruber (Ueber Abscesse im Cavum praeperitoneale Retzii. Virchow's Archiv für Pathol. u. klin. Medicin. Bd. XXIV. 1862. S. 186.): Vergl. S. 869.

b) Symptomatische oder fortgeleitete.

29 Pétrequin (Exam. méd. 1842.) und Pouliot (Thèse doct. 1868. p. 29.): Ein 63jähriger, mit einer Harnröhrenstrictur behafteter Greis hatte einen Tumor im Hypogastrium. Die Percussion ergab bis auf eine Entfernung von 8 Ctm. unter dem Nabel gedämpften Schall. Die Blase bewirkte nicht diese Schwellung. Die Untersuchung per rectum ergab eine geschwollene Prostata. Rascher Tod. — Obduction: Starke Verdickung des Zellgewebes in der Regio hypogastrica, die die Symphyse um 3 Zoll überragte. Theilweise Peritonitis. Chronische Cystitis.

30. Civiale und Chassaignac (Traité pratique de la suppuration etc. p. 459.): Ein Mann von 40 Jahren, mit einer Harnröhrenstrictur, hatte einen faustgrossen, schmerzhaften Tumor in der Regio hypogastrica. Das Wasserlassen war nicht erschwert. Der Katheter verminderte nicht die Grösse des Tumors. Man machte eine Incision und entleerte eine grosse Quantität sehr flüssigen Eiters. Eine in die Abscesshöhle eingeführte Sonde drang bis zum Os sacrum vor.

31. Duplay (Arch. gén. de méd. Mai 1877. p. 604.): Am 15. März 1877 trat ein 65jähriger Mann wegen Retentio urinae ins Spital ein. — Die Regio hypogastrica blieb trotz Entleerung der Blase mit dem Katheter ausgedehnt und schmerzhaft. Das Allgemeinbefinden war schlecht, die Temperatur 39.0°. Unter dem Nabel war bis zu den Fossae iliacae eine Schwellung. — Collaps und Tod. — Obduction: In der ganzen Regio hypogastrica war eine weite, mit stinkenden Gasen und einer jauchigen Flüssigkeit gefüllte Höhle, vorne durch die theilweise zerstörten, geraden Bauchmuskeln, oben und hinten durch eine verdickte, unversehrte Membran, die man fürs Peritoneum hielt, unten von der perforirten Blase begrenzt. Seitwärts und nach hinten erstreckte sich die eiterige Ansammlung bis zum Diaphragma unter beide Nieren und das Coecum und zum Rückgrat. Sie hob das Peritoneum ab. Auch im Canalis inguinalis war Eiter und der Samenstrang zeigte eine Infiltration. In der linken Pleura war ein dunkelfarbener Erguss. Eine Verletzung der Urethra war nicht vorhanden. Die Prostata war gross, aber ohne Eiterung im Zellgewebe. Die Blase zeigte die gewöhnlichen Veränderungen der chronischen Cystitis. Rechts oben war eine 50 Pfennigstück-grosse Perforation.

32. (Gazette des hôpitaux. 1864. p. 242.) Ein 66jähr. Mann hatte Incontinentia urinae mit Schmerzen im Hypogastrium und der Lumbalgegend. — Obduction: Die Blase war faustgross. Das subperitoneale Zellgewebe war verdickt und von etlichen 12 abgeschlossenen Eitertaschen durchsetzt; die Prostata war wallnussgross, gelappt und mit Eiter gefüllt.

33. (Recueil périodique de la Société de médecine de Paris. Année 1806. t. XXVII. p. 353.) Ein zwanzigjähriger Mann war mit Blasensteinen, Dysurie und starker Cystitis behaftet. — Infolge grösserer Anstrengung entstand im Hypogastrium ein Tumor (rubicundus, durusque hypogastrici in regione tumor ortus adversam adspectante vesicam, circumscriptam atque celsam formam induit.) — Antiphlogistische Behandlung behinderte nicht die Eiterung. — Am 7. Tage eröffnete sich der Tumor spontan nach aussen.

Drei Tage nachher bemerkte man erst einen in der Wunde liegenden Blasenstein; dieser wurde unter Ausfluss von Urin extrahirt. — Heilung ohne Fistel.

34. Bouilly (l. c. Obs. XXXIX. p. 126.): R. B., 18 Jahre, steinleidend, empfand am 29 Februar in der Regio lumbalis et inguinalis Schmerz. — Am 2. März constatirte man einen Tumor über dem Schambein. Es traten schnell Verschlechterung des Zustandes. profuse Schweisse. Schüttelfröste etc. ein. — Am 5. März Tod. — Obduction: Vor und über der Blase fand man zahlreiche Abscesse, theils in der Bauchhöhle, theils in der Blasenwand. In der vorderen Blasenwand fand sich ferner ein 2 Markstück-grosses. rundes Loch; in dieser Perforation lag ein Blasenstein. Die Abscesshöhle communicirte durch eine kleine Oeffnung mit der Bauchhöhle. — In der Blase waren 3 Steine. Die Muscularis derselben war vernichtet. Durch die Oeffnung an der vorderen Wand communicirte die Blase mit der Abscesshöhle, die vor ihr lag. Der Abscess war orangegross und ungleich. Die Blase stand noch durch eine zweite Oeffnung mit ihm, und durch eine dritte, hinten gelegene Perforation mit dem Peritoneum in Verbindung. In letzterem waren reichliche Eitermassen.

35. Castaneda y Campos (l. c. Obs. IV. p. 35.): A. S. trat am 30. Juli 1875 ins Spital Necker ein. Patient, der schon früher wegen tuberculöser Prostatitis behandelt worden war, hatte einen Tumor in der Blasengegend ohne Retentio urinae. Die Untersuchung per rectum constatirte eine vergrösserte Prostata und eine harte Masse seitwärts und links vom Kreuzbein. Der Urin war eiterig. — Am 31. Juli erfolgte die spontane Eröffnung des Tumors am Nabel. Die prävesicale Induration schwand. — Am 28. Aug. trat ein Abscess am Schenkel unter Schüttelfrost auf. Man incidirte und entleerte sehr reichliche Eitermassen. Jedenfalls herrschte eine Communication dieses Eiterherdes mit dem intrapelvicalen. Am 2. October fühlte man noch einen harten Strang zwischen Nabel und Symphyse. Die Eiterung war vermindert.

36. Castera (Abcès à l'hypogastre suite d'affection vénérienne. Arch. de méd. 1. série. t. XX. p. 262.): Ein Soldat trat wegen eines Schankers an der Innenfläche des Präputiums mit einem gleichzeitigen Bubo der rechten Seite ins Spital ein. — Vor 14 Tagen hatte er heftige Schmerzen im Hypogastrium, die im gleichen Verhältniss, als der Bubo schwand, abnahmen. Im Urin war eitriger Schleim. 2 Zoll über dem Schambein, auf der rechten Seite war eine starke, harte und empfindliche Prominenz der Bauchdecken zu constatiren. — Man machte eine tiefe Incision in die Bauchwand, worauf sich ein weisslich dunkelgelber Eiter entleerte. Die eingeführte Sonde stiess auf die Blase. Heilung.

37. Trécourt (Mémoires et observations de chirurgie. 1769. Obs. XV. p. 152.): Ein Mädchen von 22 Jahren verlor in Folge von Erkältung während der Periode ihre Regeln. Es bildete sich ein Abscess am Schenkel und später noch ein zweiter über der Symphyse auf der Linea alba. Grosse Schmerzen, starkes Fieber. — Diagnose: Prävesicaler Abscess. Man machte eine doppelte Incision, wobei die Blase verletzt wurde; es entleerte sich Eiter und Urin. Heilung.

38. Gillette (L'union médicale. 1878. p. 362.): M. G., 25jährige Negerin, trat nachdem sie seit ihrer letzten Entbindung, vom November 1876 ab, immer leidend war, am 10. August ins Spital Beaujon ein. Pat. klagte über Schmerzen in der Lumbalgegend. Man diagnosticirte einen linksseitigen Uterusabscess. Infolge spontaner Eröffnung des Abscesses in die Blase fanden sich grosse Quantitäten Eiters im Urin. — Am 25. August constatirte Gillette einen entzündlichen Tumor, der das Becken und die ganze Cavitas praevesicalis ausfüllte und hinter den Recti abdominis gelegen war. Man konnte Oedem und Fluctuation über der Symphyse wahrnehmen. — Es wurde die Punction mit dem Troicart und dann eine 4 Ctm. lange Incision, vier Querfinger über der Symphyse gemacht, worauf sich mindestens ein Liter rahmigen, ziemlich dicken, blutig tingirten Eiters entleerte. Das Fieber stieg bis zu 41^0 in Folge schlechten Eiterabflusses. Es wurde eine Drainage von der äusseren Incision durch die Vagina gelegt. Daraufhin trat Besserung ein. — Am 19. December wurde Pat. geheilt entlassen.

39. (L'union médic. 2. Juni 1864.) Rosalie A., Dienstmagd, 23 Jahre alt, hatte nach einer Entbindung im März 1862 eine Pelviperitonitis überstanden; zu gleicher Zeit bestand auch in der linken Fossa iliaca ein Tumor, der wieder verschwand. Im November 1863 litt sie wieder an argen Leibschmerzen, begleitet von abendlichen Frösten und trat deshalb am 14. December in's Spital Pitié ein. — Dort constatirte man über der Symphyse eine eiförmige Schwellung, die sich in die rechte Fossa iliaca fortsetzte; dieselbe war schmerzhaft und zeigte Fluctuation. Per rectum fühlte man den Cervix gegen das Kreuzbein zurückgedrängt, zwischen ihm und dem Schambein aber einen abgerundeten, fluctuirenden Tumor, der der hypogastrischen Vorwölbung entsprach. Die Haut war im Hypogastrium geröthet. — Am 5. Januar erfolgte die spontane Eröffnung des Tumors am Nabel und Ausfluss von Eiter. Die natürliche Oeffnung wurde erweitert und eine Contraincision durch die Vagina gemacht. Nach Drainirung dieses Ausweges entleerte sich reichlicher, grünlich-schwärzlicher Eiter; auch Urin trat durch die Vagina aus. Die Blasenscheidenfistel schloss sich alsbald wieder; die Schnittwunden vernarbten. — Am 5. März Heilung.

40. (Gazette des hôpitaux. 1848. p. 376.) Peritonitis 12 Tage nach einer Entbindung. Punction und Ausfluss von grossen Eitermassen. Pericarditis, Anasarca. Tod. — Obduction: Ausserhalb der Bauchhöhle existirte eine Höhle, die 200 Grm. einer schwärzlichen Jauche mit blutigem Gerinnsel entleerte. Die Innenfläche dieser Höhle war ungleich und gefaltet. Sie ging hinter das Schambein und dehnte sich bis zum Rectum aus.

41. Sainz Blazques (Évacuation par l'urèthre du pus d'un abcès de la paroi abdominale. Gaz. méd. 1848. p. 55.): Eine 35jährige Frau bekam nach einem Abortus Schmerzen im linken Hypogastrium, wo sich ein harter, ungleicher, empfindlicher, schmerzhafter Tumor constatiren liess. Man eröffnete ihn mit dem Bistouri am Nabel. Später traten heftige Schmerzen in der Perinealgegend, Schwierigkeiten beim Uriniren, Brennen in der Harnröhre auf. — Nach dreissig Tagen verschwand der Tumor und es trat vollkommene Heilung ein.

42. Bouilly (l. c. Obs. XXIX. p. 116.): Patientin, 24 Jahre alt, war Näherin und als solche viel mit Nähmaschinenarbeiten beschäftigt. Sie litt oft an Verstopfung und an Hämorrhoiden. Seit Februar 1879 fühlte sie nach einer grösseren Anstrengung intensiven Schmerz in der rechten Fossa iliaca. Fieber und Erbrechen waren nicht vorhanden. Man verordnete Kataplasmen, Vesicatoren, machte im Laufe der Zeit 4 Punctionen und entleerte auf diese Weise wiederholt phlegmonösen Eiter. — Am 15. April constatirte man eine Anschwellung über dem Schambein, die sich in die Fossa iliaca fortsetzte, und per rectum fand man diesen Tumor zugleich mit Fluctuation wieder. — Diagnose: Prävesicaler Abscess. — Am 14. April machte man eine $2^1/_2$ Ctm. lange Incision über der Symphyse; es entleerte sich phlegmonöser Eiter. Durch Bauchwunde und Vagina wurden Drainagen gelegt, nachdem zuvor durch letztere eine Contrapunction gemacht. Man bekam eine vorübergehende Blasenwunde. Am 30. Mai war vollständige Heilung eingetreten.

43. Bouilly (l. c. Obs. XL. p. 127.): Patientin, 24 Jahre alt, bemerkte während ihrer 4. Schwangerschaft ein Lockerwerden der Symphyse. 5 Tage nach ihrer Entbindung traten sich immer steigernde Schmerzen im Becken und Schenkel auf. Am 9. Tage bestand Frost, Fieber, Schwäche, Uebelkeit. Erbrechen, Decubitus am Rücken. Die Beine waren weit gespreizt. Bei Druck auf das Becken zeigte sich starker Schmerz. Temperatur und Puls stiegen. Man constatirte einen Tumor von fast Cocosnussgrösse, der den Uterus nach hinten drängte, die Harnröhre deplacirte und den ganzen vorderen Theil des Beckens einnahm. — Am Mons veneris wurde zweimal punctirt und jedesmal 10 Unzen Eiter entleert. Ein am Schenkel erscheinender Abscess wurde mit dem Bistouri geöffnet. Nach drei Wochen trat völlige Heilung ein.

44. (Bullet. Soc. anat. t. XIV. Mars. 1839. p. 10.) Necrose des Os pubis. Retropubicaler Abscess. Ulceration des Peritoneums.

45. (Bullet. Soc. anat. t. X. Avril. 1865. p. 263.) Verticale Doppelfractur des Beckens. Auseinanderstehen der Symphyse um 5 Ctm. Tod durch eitrige Infiltration. Vor der Blase fand sich ein voluminöser Abscess, der mit der Fracturstelle communicirte.

46. Bouilly (l. c. Obs. XLIII. p. 128.): Bei einem unter Krampferscheinungen und schneller Athrepsie gestorbenen Knaben fand man bei der Section zwischen vorderer Blasenwand einerseits und Bauchwand und hinterer Fläche der Symphyse andererseits einen Löffel voll Eiter. Die Blase war intact, ebenso die Symphyse; es war keine Entzündung der Mucosa vorhanden. Alle Bauchorgane waren vollkommen gesund; nirgends fand sich Eiter. Man sah nur 2 kleine Ecchymosen aussen am Herzen. Als man die Vena umbilicalis öffnete, fand man in ihrem Inneren rahmigen Eiter von der Bauchwand an bis zum Eintritt dieses Gefässes in die Leber.

Literatur.

J. Cloquet, Anatom. de l'homme. II. 1822. p. 219. — Velpeau, Gaz. méd. 1833. — Bricheteau, Abcès souspéritonéaux. Arch. génér. de

méd. IV. 1839. — Sainz Blazques, Abcès de l'hypogastrique. Gaz. méd. 1848. — Bernutz, Phlegmon profond de la paroi abdominale. Archiv. XXIII. 1850. — Hyrtl, Notiz über das Cavum praeperitoneale Retzii in der vorderen Bauchwand des Menschen. Sitzungsberichte der kais. Akademie in Wien. II. 1858. S. 259. — Wenzel Gruber, Ueber Abscesse im Cavum praeperitoneale Retzii. Virchow's Archiv. Bd. XXIV. 1862. S. 182. — C. Paul, Bullet. de la Soc. anatom. de Paris. VII. 1862. — Ferréol, De la suppuration de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites. Bullet. Soc. anat. de Paris. VII. 1862; Thèse 1859: Perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites. — Luschka, Anatomie des menschlichen Bauches. Tübingen 1863. — Labuze, Des abcès développés dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen. Thèse de Paris 1871. — Voussy, Phlegmon souspéritonéal de la paroi abdominale antérieure. Thèse. Paris 1875. — Laveran, Phlegmons hypogastriques. Union méd. XXIV. 1877. — Poisson, Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen. Thèse. Paris 1877. — Dujardin-Beaumetz, Note sur un cas d'hémorrhagie dans la cavité de Retzius. Soc. méd. des hôpit. XIV. 1877. — Dreyfous, Phlegmon périutérin avec fusées purulentes dans la fosse iliaque. Soc. anat. 1877. — Dumas, Phlegmon profond des parois abdominales. Montpellier méd. 1877. — Arnould, Phlegmons souspéritonéaux, périty phlite et péricystite. Bullet. méd. du Nord. 1877; Mém. de la Soc. chir. Gaz. méd. 1877. — Faucon, Péritonite et phlegmon souspéritonéal d'origine blennorrhagique. Arch. de méd. 1877. — Richet, Anat. méd.-topogr. 1877. p. 767. — Vallin, De l'inflammation de la loge péritonéale de Retzius et en particulier du phlegmon périvésical. Union méd. XXIV. 1877. — Follin et Duplay, Traité élém. de path. ext. 1878. p. 761. — Gillette, Phlegmon suppuré du ligament large et du petit bassin. Gaz. méd. 1878 und Union méd. XXV. 1878. p. 362. — Reliquet, Note sur les phlegmons prévésicaux. Union méd. XXV. 1878. — Castaneda y Campos, Phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius ou phlegmon périvésical. Thèse. Paris 1878. — Gérardin, Recherches sur la cavité prépéritonéale de Retzius et sur son inflammation. Thèse. Paris 1879. — Bouilly, Les tumeurs aigues et chroniques de la cavité prévésicale (cavité de Retzius). Thèse. Paris 1880. — Pauzat, Contribution à l'étude de la région prévésicale et des phlegmons dont elle est le siége. Gaz. méd. 1880. — Tillaux, Phlegmon prévésical opérat. Gaz. méd. No. 41. 1880. p. 321. — Pauzat, Observation d'un phlegmon prévésical retropubien, probablement à la suite de perityphlite. Gaz. méd. 1883. — Tillaux. Anat. topograph. 1884. p. 641. — Cruveilhier, Anat. descript. p. 533. — Rizzoli, Degli ascessi perivesicali et retropubici etc. Bologna.

Erklärung der Abbildung.

(Nach Präparaten von Kohlrausch, z. Th. aus M. Krause's Anatomie. 1879. II. S. 547.)

* Cavum submusculare (suprapubicum). — ** Cavum praevesicale (retro-

pubicum). — 1. Fascia transversa Cooperi. — 2. Eigentliche Fascia transversa (Fascia propria Velpeau's). — 3. Peritoneum (punctirt). — 4. Promontorium. — 5. Canalis sacralis. — 6. Erster Steissbeinwirbel. — 7. Unteres Ende der Fascia pelvis. — 8. Plica transversalis recti. — 9. M. recto-coccygeus. — 10. M. sphincter ani externus. — 11. Muskelschicht in der Mucosa des Rectum. — 12. M. sphincter ani internus. — 13. M. bulbo-cavernosus. — 14. Bulbus urethrae; die Harnröhre ist erweitert dargestellt, wie durch einen eingeführten Katheter. — 15. Septum scroti mit kleinen Venen. — 16. Corpus cavernosum penis. — 17. Rechtes Crus penis. — 18. Vena dorsalis penis. — 19. Stratum transversum des M. urethralis auf dem Querschnitt. — 20. Lig. suspensor. penis. — 21. M. pyramidalis abdominis. — 22. M. rectus abdominis. — 23. Symphysis pubis. — 24. Unteres Ende der Fascia transversa. — 25. Gland. Cooperi, welchein einer Erweiterung der Harnröhre am unteren Ende der Pars cavernosa urethrae mündet. — 26. Durchschnitt des Vas deferens, von der Fascia pelvis eingeschlossen. — 27. Colliculus seminalis. — 28. Prostata, durch welche die Pars prostatica der Harnröhre läuft. — 29. Mündung des rechten Ureters in die Harnblase. — 30. Excavatio recto-vesicalis. — 31. Diaphragma urogenitale.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.